

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO:
Uma proposta assistencial aos portadores de transtorno mental,
fundamentada na teoria de Joyce Travelbee

GISELE PRUNER
MICHELE ELISA SARDÁ

Florianópolis – SC
2003

N.Cham. TCC UFSC ENF 0259
Autor: Pruner, Gisele
Título: Atuação do enfermeiro como acomp

972517531 Ac. 241432
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0259
Ex.1

Gisele Pruner
Michele Elisa Sardá

***ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO:
Uma proposta assistencial aos portadores de transtorno mental,
fundamentada na teoria de Joyce Travelbee***

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina, apresentado à Disciplina Enfermagem
Assistencial Aplicada.

Orientador: Prof^o Dr. Jonas Salomão Spricigo

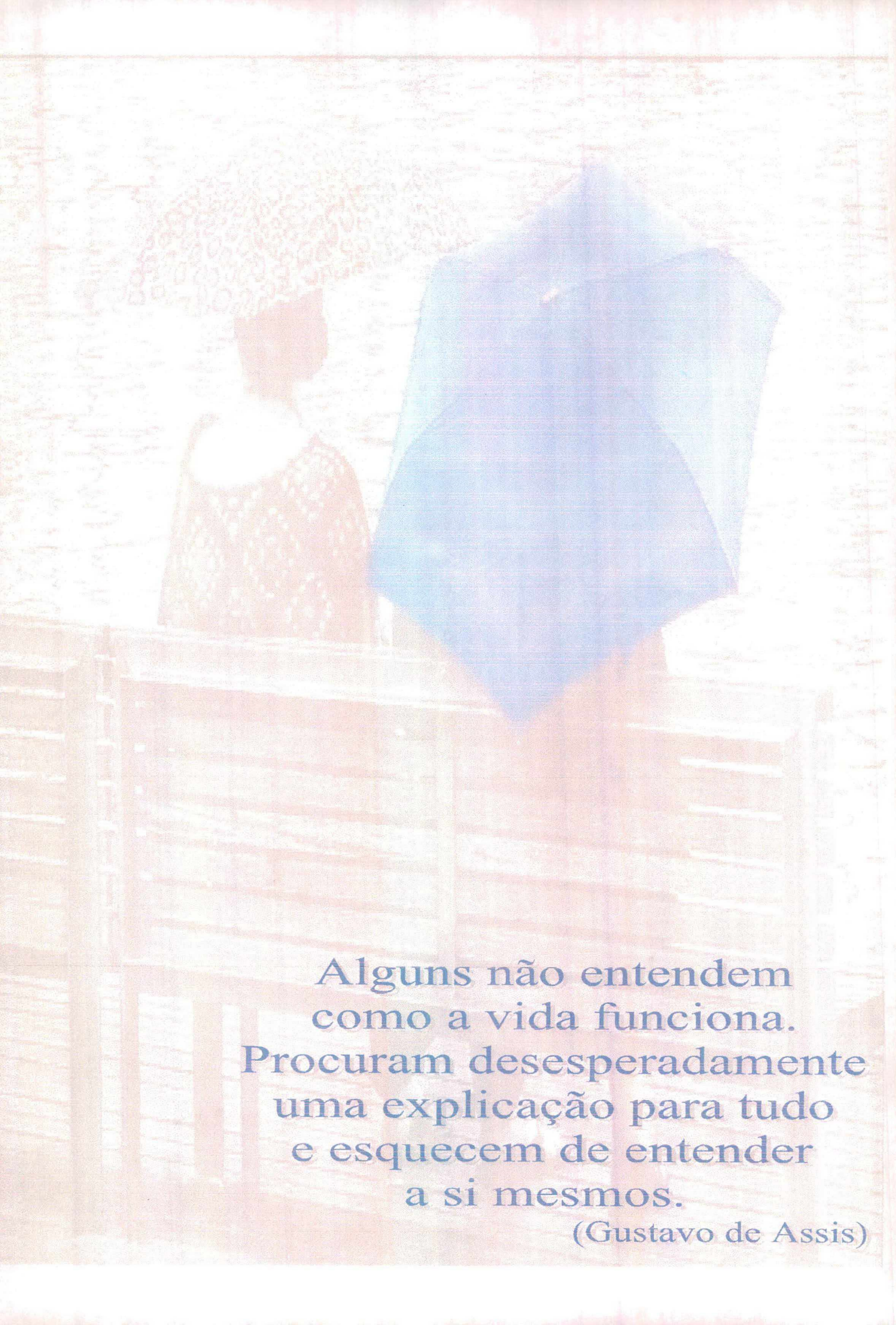
Supervisora: Enf^a Msc. .Miriam Alice do Lago

Banca Examinadora: Prof^o Dr. Jonas Salomão Spricigo

Enf^a Msc. Miriam Alice do Lago

Prof^a Msc. Rosangela Maria Fenili

FLORIANÓPOLIS, 2003

A painting of a woman with curly hair and a red dress standing next to a large blue umbrella, with a wooden fence in the foreground.

Alguns não entendem
como a vida funciona.
Procuram desesperadamente
uma explicação para tudo
e esquecem de entender
a si mesmos.

(Gustavo de Assis)

AGRADECIMENTOS

Ninguém e nada crescem sozinhos, é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão. Com carinho, agradecemos aqueles que de alguma forma foram importantes na realização deste trabalho.

A Deus, pelo seu AMOR, por capacitarmos e nos dar paciência e determinação para chegarmos até aqui.

Aos pais, Hélio e Inês; Mauri e Valdete, por lutarem pela nossa formação e dedicarem parte de suas vidas para que tornássemos pessoas na qual somos hoje.

Aos irmãos, Michelle e Murilo; Nicole e Juliana, por compreenderem nosso humor, às vezes inconstante, e pelos momentos em que estivemos distantes.

Ao meu Namorado, Dinho, por ser meu maior incentivador e através de suas palavras e carinho muito ter me apoiado na construção deste trabalho. Meu muito obrigada. Te Amo muito, muito “de bastante”!!!

Ao professor Jonas Salomão Spricigo, nosso orientador, por acreditar em nossas potencialidades, pelo apoio e auxílio ao longo desta caminhada.

A supervisora Miriam Alice do Lago, por nos mostrar na prática o ser e o fazer do Enfermeiro na Saúde Mental. Pela disposição e apoio que nos proporcionou nos momentos de dificuldade.

A professora Rosangela, pelas sugestões e contribuições concedidas na elaboração deste trabalho.

A equipe do NAPS, por mostrarem-se sempre dispostos e nos oportunizarem o desenvolvimento de um estágio na área da Saúde Mental e por acreditarem em nossa capacidade.

Aos usuários, que nos aceitaram e contribuíram através de suas histórias, nos ensinando que cada indivíduo possui suas particularidades e como conviver com a “loucura que é a vida”.

Ao SANPS, em especial, Everaldo pelo seu jeito engraçado de ser, pela paciência e disposição concedida e pelo toque todo especial em nosso trabalho; Jeferson, por nos mostrar a realidade da Saúde Mental e a necessidade de mudanças no atual modelo, nos

incentivando e muito contribuindo na elaboração deste trabalho. Jonas, Vero, Cleiton, Irineu, Jerusa e Denise, pelos momentos que passamos juntos.

Aos amigos do SESC - Cacupé, em especial, Jayson, Sílvia e Simone, que além de contribuírem em minha formação acadêmica, tornaram-se grandes amigos. Vocês são especiais!!!

Aos amigos do SANPS, que ao longo de três anos me presentearam com momentos privilegiados jamais vivenciados por outro acadêmico. Por contribuírem em meu aprendizado e pelos momentos quase que constantes de alegria e de apoio que me proporcionaram. A vocês, não tenho palavras para demonstrar tamanha gratidão por acreditarem em mim. Muito obrigada!!!

Aos colegas da turma, pelo companheirismo, pelas particularidades e diferenças que fizeram com que fossemos uma turma especial. Vocês deixarão saudades!

As amigas que nos acompanharam ao longo desta caminhada, em especial Carina, pelos nossos sonhos e momentos de compreensão e parceirismo; Samira, pelo seu sorriso meigo e por sempre estar a nossa disposição; Ana Paula, pelo seu jeitinho carinhoso e Lúcia, pelo seu jeito atrapalhado de ser que muito nos fez sorrir.

Ao Movimento Estudantil, ressaltando o Centro Acadêmico Livre de Enfermagem e a Juventude Avançando, que nos proporcionaram um melhor entendimento da sociedade e que mostram a necessidade de lutar por uma universidade crítica, criadora e popular.

A nós, por nos compreendermos, pelos momentos de ajuda, de atenção, e, principalmente, por sermos amigas!

RESUMO

Este trabalho contempla os requisitos para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de uma prática assistencial realizada com usuários do Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, de Florianópolis/SC, desenvolvido no período de 09 de outubro a 09 de dezembro de 2003. Tem como objetivo, prestar assistência de enfermagem em saúde mental, através do acompanhamento terapêutico, aos portadores de transtorno mental que se encontram em dificuldade de interação familiar e social, utilizando com instrumento metodológico a Relação Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee. Acreditamos que o acompanhamento terapêutico, como proposta de atuação do enfermeiro, possibilita a aproximação da realidade do indivíduo considerado “louco” e, juntos, a busca de mecanismos de enfrentamentos de uma realidade a qual vive como hostil e ameaçadora.

PALAVRAS-CHAVE: Acompanhante Terapêutico, Enfermagem, Enfermeiro, Reforma Psiquiátrica, Relação Pessoa a Pessoa, Saúde Mental.

SUMÁRIO

RESUMO	ii
1 INTRODUÇÃO	4
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO.....	6
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	11
3.1 Reforma Psiquiátrica	11
3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	12
3.2.1 Cenário Atual da Reforma Psiquiátrica.....	15
3.3 Transtornos Mentais.....	16
3.3.1 Esquizofrenia.....	16
3.3.2 Transtorno Do Humor Bipolar.....	21
3.3.3 Depressão.....	26
3.3.4 Transtorno Esquizoafetivo Depressivo.....	29
3.3.5 Transtornos Mentais Devido ao Uso de Substâncias.....	30
3.3.6 Transtorno Delirante Tipo Persecutório	32
3.4 Acompanhante Terapêutico	33
3.5 Visita Domiciliar	38
3.6 Ética.....	39
4 REFERENCIAL TEÓRICO	42
4.1 Marco Conceitual.....	42
4.2 Biografia da Teorista.....	42
4.3 Relação Pessoa a Pessoa.....	43
4.4 Pressupostos da Teoria.....	45
4.5 Conceitos Básicos	46
4.6 Processo de Enfermagem.....	49
5 OBJETIVOS / ESTRATÉGIAS / AVALIAÇÕES.....	51
5.1 Objetivo Geral.....	51
5.2 Objetivos Específicos	51
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	54
7 ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO PROGRAMADAS.....	71
8 CRONOGRAMA	73
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho contempla a disciplina de Prática Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, desenvolvido no período de 09 de outubro a 09 de dezembro de 2003. Tratando-se de estágio assistencial nos direcionamos, em especial, aos usuários do Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, localizado no bairro Agronômica, município de Florianópolis/SC, com a proposta de acompanhantes terapêuticos, tendo como suporte a relação Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee.

Segundo Resnizsky e Mauer (1987, p.37), “O trabalho do acompanhante terapêutico é, fundamentalmente, assistencial, e tem uma curta história. Surgiu como uma necessidade clínica em relação a pacientes com os quais as abordagens terapêuticas clássicas fracassavam”.

O referencial teórico utilizado como suporte, segue os preceitos preconizados por Travelbee (1979), para quem a relação pessoa a pessoa possibilita vislumbrar cada ser humano e as suas características individuais e pessoais que o tornam, um ser único e distinto, no universo de tantos seres humanos.

Observamos a maneira com que os transtornos mentais são vistos e rotulados pela sociedade de modo geral, assim como o termo loucura, continuamente utilizado no senso comum como indicativo de alguém que cometa ou tenha cometido algum ato que fuja daquilo que a sociedade ou a pessoa que profere tal adjetivo considere como não estando dentro dos padrões normais a serem seguidos. Costuma-se dizer que “de louco todo mundo tem um pouco”, mesmo no caso de pessoas que de tão certas são consideradas loucas por não se deixarem levar em nenhum momento por seus impulsos. É por esta realidade tão presente em nosso cotidiano que optamos pela realização deste trabalho, para que possamos assim ampliar nosso conhecimento com o tema e entendermos o contexto da saúde mental atual.

Contudo, o interesse pelo tema concretizou-se após a realização da disciplina Enfermagem Psiquiátrica II da VII Unidade Curricular do Curso, quando nos deparamos com a realidade da psiquiatria brasileira, o que fez com que despertasse em nós a vontade de contribuir

para que um novo olhar ao indivíduo considerado louco se concretize, e a possibilidade de usufruir de uma sociedade sem manicômios. Esta é a chamada Reforma Psiquiátrica, desencadeada pela vontade e necessidade da realização de mudanças no atual modelo, ou seja, a superação gradual da internação nos hospitais psiquiátricos, através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a promoção e a reabilitação dos transtornos mentais não apenas centralizadas nos hospitais.

O acompanhamento terapêutico surge como uma das alternativas para complementar esta mudança. Olhar para o indivíduo como uma pessoa única e não como um doente que necessita ser assistido e de auxílio para que possa realizar desde as mais simples até as mais complexas atividades do seu cotidiano e assim ter uma vida mais digna e feliz. Aceitar a premissa de que o indivíduo é um sujeito, sujeito este que sofre e apresenta dificuldades, possuidor de vontades próprias e que necessita exercer uma determinada autonomia com possibilidade de escolha, ou seja, necessita de possibilidades de vida, implica em aceitá-lo portador de credenciais que o possibilita a empreender acordos, respondendo por eles, no limite de suas responsabilidades, o que traz para o acompanhante não ter um paciente, mas um cidadão, com o qual tem que se negociar, e ajudá-lo a viver.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO

A atual Política do Ministério da Saúde prevê a implantação de redes de serviços locais, descentralizadas e extra-hospitalares de atenção ao portador de transtorno mental.

A I Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1995, e a I Conferência Regional de Saúde Mental, 2001, seguindo esta orientação, deliberaram por uma Política de Saúde Mental do município de Florianópolis/SC, como objetivo de constituir uma rede de serviços assistenciais extra-hospitalares em Saúde Mental, em consonância com o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando prestar atenção integral aos portadores de sofrimento psíquico¹. A implantação do primeiro NAPS – PONTA DO CORAL, significou o início deste tipo de atenção e também a busca pela reversão no modelo de assistência à saúde mental no município.

O NAPS localiza-se, temporariamente, face a reformas, na rua Allan Kardec, nº 120, no bairro Agrônômica, município de Florianópolis/SC. Foi fundado em março de 1996, inicialmente localizando-se na Policlínica de Referência Regional, centro da cidade, local este que impossibilitava a execução efetiva das atividades previstas, devido a falta de espaço. Posteriormente, em dezembro do mesmo ano transferiu-se para a Agrônômica. Este serviço atende a população do município desprovida de cuidados de saúde mental, desde crianças, adolescentes, adultos, buscando evitar que essas pessoas sejam (re) internadas, retiradas de suas famílias e que essas mesmas famílias venham a apresentar problemas dessa ordem.

Este serviço marca o início desta Política de Saúde Mental buscando um trabalho em parceria entre Secretaria Municipal de Saúde, Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, Secretaria de Estado de Saúde e outras como a Fundação Franklin Cascaes, que possam contribuir com a inserção social destes usuários.

Atualmente, o NAPS desenvolve um Projeto Terapêutico que visa singularizar a atenção prestada, com o estabelecimento de projetos terapêuticos individuais com terapeutas de referência para cada usuário. Isto possibilita construir conjuntamente uma proposta e um contrato de

¹ Conforme dados obtidos no NAPS, este termo é utilizado em substituição de doença e transtorno mental, considerando que esta opção se dá em virtude da resolutividade que o termo sofrimento psíquico propõe.

atendimento visando a promoção da saúde e a inclusão social, estabelecendo metas a serem buscadas pelo usuário com a mediação do serviço.

O trabalho do NAPS baseia-se nos fundamentos do campo da atenção psicossocial, nos princípios de uma clínica não manicomial, nos conceitos de saúde-doença como processos de construção, nos fundamentos teóricos-práticos da formação dos profissionais envolvidos neste projeto terapêutico coletivo, além dos fundamentos re-significados da psicopatologia e da psicofarmacologia.

O perfil atual dos usuários do serviço é de adultos com transtornos mentais graves. Neste sentido, variadas estratégias de atenção psicossocial são utilizadas, apresentando cada uma, elementos importantes de re-construção da saúde e da cidadania. Estas estratégias estão em permanente significação e avaliação por parte dos técnicos e usuários, os quais propõem, constroem, participam e avaliam os grupos, oficinas e demais atividades terapêuticas e de reabilitação.

As atividades terapêuticas desenvolvidas pelo serviço são:

- *Atendimento Familiar*: tem por objetivo refletir as relações entre familiares e o portador de sofrimento psíquico; descobrir novas formas de lidar com os conflitos familiares; abrir um espaço de acolhimento às famílias; incentivar a participação e o envolvimento no serviço; promover um espaço de informação acerca das dúvidas que surgem em torno dos tratamentos, quadros clínicos; informar às famílias as propostas do serviço e da política de saúde mental.
- *Orientação*: visa através de intervenções focais, breves, instrumentalizar o usuário para enfrentar situações de ordem prática de seu cotidiano, considerando as especificidades do mesmo. Atendimentos realizados pelo terapeuta de referência de acordo com a necessidade do usuário.
- *Psicoterapia*: objetiva constituir um espaço de reflexão sobre demandas individuais e/ou coletivas relacionais decorrentes do modo singular de apropriação da realidade de cada usuário, realizada por psicólogos e psiquiatras.
- *Atenção Medicamentosa*: proporciona orientação ao usuário acerca do uso de medicação psicofarmacológica, permitindo a este se apropriar de conhecimentos relativo ao medicamento, avaliar sua necessidade, seus efeitos colaterais, etc. Realizada conjuntamente pelo médico, usuário, terapeuta de referência e demais técnicos.

- *Atendimento de Emergência*: proporcionar aos usuários em situação de crise um ambiente de segurança, acolhimento e de possibilidade de vivenciar a crise com cuidados técnicos necessários. Realizados pela equipe técnica juntamente com o terapeuta de referência.
- *Grupo Psicoterapêutico*: apresenta objetivos semelhantes aos definidos para a psicoterapia, salvaguardando as especialidades da constituição do grupo. Destinada aos usuários e familiares, realizado por psicólogos, psiquiatras, com a participação de mais um técnico da equipe.
- *Grupo Terapêutico*: propõe um trabalho coletivo de repensar o sofrimento e a maneira de lidar com ele, buscando descobrir outras possibilidades de vida. Constitui um espaço de reflexão sobre a maneira singular de apropriação da realidade de cada usuário, além de propiciar um espaço que ofereça possibilidades de questionar e refletir a história de vida e o cotidiano de cada usuário, auxiliando na transformação de atitudes e na descoberta de novas alternativas para vivenciar o cotidiano. A atividade é coordenada por uma psicóloga e uma enfermeira.
- *Oficinas Terapêuticas*: espaço de socialização, expressão e aprendizagem, que visa à autonomia e a promoção de cidadania do usuário. Organizada por terapeutas com a participação de usuários e familiares. Entre as oficinas estão: Oficina de Cerâmica, Saúde e Atualidades, Oficina de Artes Plásticas, de Dança, de Mosaico, de Jogos Esportes e Lazer, de Música e da Terra.
- *Assembléia de Técnicos, Usuários e Familiares, Assembléia do NAPS*: se configura em um espaço de exercício de autonomia e de gestão participativa do NAPS, garante um espaço de construção coletiva deste serviço, motivando o envolvimento dos usuários na definição de regras de convivência, sugestões e avaliação das atividades realizadas. Formada por técnicos, usuários, estagiários e familiares.
- *Jornal Letras Doidas*: um espaço aberto de criação, criatividade e participação, que propõe facilitar a comunicação interna do serviço e ser um instrumento de comunicação com a comunidade. Proporciona intercâmbio com outras instituições e eventos, como também objetiva veicular através do jornal a produção das oficinas terapêuticas (desenhos, poesias, textos). Esta oficina envolve usuários, técnicos e familiares, além de estagiários de comunicação social e psicologia com a comunidade em geral.
- *Visitas Domiciliares*: objetiva estabelecer vínculo com a realidade familiar, sócio-econômica e cultural dos usuários aproximando o NAPS do cotidiano de cada um. Acompanha a reinserção

dos usuários na família, motiva o retorno dos usuários que estão afastados dos atendimentos do NAPS, e amplia a relação do serviço com a comunidade, buscando estabelecer um vínculo com as organizações existentes nela. Esta atividade é desenvolvida por um psicólogo, um assistente social e duas estagiárias de psicologia.

- *Atividades Educativas em Saúde:* busca através dos grupos operativos, consultorias e debates em instituições educacionais e de saúde, discutir assuntos referentes a temas como sexualidade, prevenção ao uso de drogas, relação materno-infantil, desenvolvimento infantil e adolescência. Podem ser realizadas por qualquer membro da equipe técnica.
- *Atividades Comunitárias:* visam possibilitar ações de orientação e prevenção do sofrimento psíquico junto às organizações comunitárias, bem como estimular a realização de atividades de lazer, esporte e culturais, contribuindo para a integração do usuário na comunidade e sua (re) inserção social. Podem ser realizadas por qualquer membro da equipe técnica.
- *Ações Conjuntas com Organizações da Comunidade:* visam estabelecer uma relação de parceria com as comunidades de onde procedem os usuários do NAPS. Esta atividade prevê contatos com lideranças comunitárias no sentido de dinamizar e contextualizar o trabalho do NAPS, bem como sua integração e assessoria aos serviços prestados na própria comunidade.
- *Articulação com Entidades/ Programas e Serviços:* tem por objetivo conhecer os recursos oferecidos por outras entidades que trabalham com a assistência e/ou a promoção da saúde mental, facilitando a criação de uma rede integrada de serviços e o aproveitamento das potencialidades de cada uma.
- *Atividades Técnicas:* proporcionar um espaço de discussão das questões de ordem técnica do funcionamento diário do NAPS; discutir com terapeutas de referência as propostas ou modificações de projetos terapêuticos de usuários do serviço; levantar necessidades de treinamento e buscar viabilizá-los; elaborar materiais informativos e educativos relacionados à proposta do NAPS e avaliar os pedidos de estágios curriculares e extracurriculares no NAPS. Esta reunião envolve toda a equipe técnica do serviço.
- *Atividades de Formação e Pesquisa:* tem por objetivo promover e coordenar as atividades de pesquisa, estudos e formação envolvendo técnicos, usuários e familiares do NAPS com instituições de ensino, pesquisa e extensão.

A equipe técnica do NAPS é constituída por profissionais de nível superior: um psiquiatra, duas enfermeiras, quatro psicólogos, uma assistente social, uma socióloga e uma educadora artística; profissionais de nível médio: dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo; profissionais de apoio: dois vigilantes (24 horas) e um auxiliar de limpeza; e três estagiárias de psicologia e um estagiário administrativo.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Reforma Psiquiátrica

Nossa sociedade teme a loucura, rejeita-a e a imagina como um inferno onde não existe qualquer razão. Pensando assim, temos a impressão de que somos perfeitos, normais, completamente razoáveis. Nossa sociedade é boa e correta. Nela tudo é lógico. A falta de lógica é doença. A falta de lógica, se acontece, é um caso especial que deve ser levado imediatamente para o hospício. Assim, traçamos um limite entre a normalidade e a loucura. Neste limite, geralmente, encontra-se o muro do asilo ou o rótulo de paciente psiquiátrico. Do lado de cá estão os sadios, do lado de lá, os loucos. Se não nos comportarmos direitinho, seremos mandados para o lado de lá (SERRANO,1986).

Como forma de compreendermos melhor o Acompanhante Terapêutico consideramos importante, primeiramente, fazermos um estudo sobre a Reforma Psiquiátrica.

Para Amaral (1999) a Reforma Psiquiátrica surge como um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Com o resultado da crescente organização e mobilização dos trabalhadores e usuários de serviços de saúde mental, se instituiu uma série de medidas em favor daquilo que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica. Disto resultou o aumento crescente de oferta de serviços e práticas inovadoras de cuidado e assistência no campo da saúde mental, especialmente, em municípios cujos governos locais mostram-se mais comprometidos com a proposta da Reforma. Dentro desta ótica, consideramos o acompanhamento terapêutico como um dos serviços inovadores, sendo que este faz parte do processo da Reforma Psiquiátrica e que busca um novo olhar para a saúde mental.

Segundo Amarante (1998), o termo Reforma Psiquiátrica significa um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais administrativas e jurídicas que visam a transformar a relação da sociedade com o “doente”.

Sendo assim, Reforma Psiquiátrica consiste na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas portadoras de transtorno mental, por uma rede integrada de variados serviços assistenciais, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, residências terapêuticas, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares, ou seja, uma reversão do modelo hospitalocêntrico por esta rede de serviços assistenciais comprometidos com as condições do sentido da existência do sujeito portador de transtorno mental visando a melhor condição de vida.

Coloca ainda Amarante (1998, p. 88-90), que é difícil definir quando se inicia o processo de Reforma da prática e do saber psiquiátrico, porém, tanto na França, com o aparecimento do primeiro asilo psiquiátrico com o Pinel, quanto no Brasil, com a criação do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, é possível já localizar críticas, resistências e projetos de mudanças e das praticidades da psiquiatria. A questão da Reforma Psiquiátrica tenta promover a discussão quanto a reestruturação da atenção à Saúde Mental, a reestruturação ao modelo de assistência, compreendendo a palavra “atenção” em seu sentido mais amplo e diverso, não se restringindo somente ao atendimento feito em instituições psiquiátricas com a farmacoterapia, mas o de ocupar-se da pessoa.

3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

De acordo com Spricigo (2001), a assistência psiquiátrica no Brasil iniciou-se com a delimitação de um espaço destinado ao louco. A preocupação com as pessoas desocupadas que vagavam pelas ruas, e a forma desumana as quais os loucos estavam submetidos - um espaço comum a todos os desviantes, sem assistência médica, entregue a guardas e carcereiros - pressionam o Estado a intervir, donde surge o Hospício de Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, inaugurado em 05/12/1852, sob a direção dos religiosos. Em 1881, os médicos firmam seus direitos sobre o hospício e passam a lecionar “doenças nervosas e mentais” na escola de medicina. Em 1879 foi criado o Hospício São Pedro em Porto Alegre.

No Brasil a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concretamente a partir da conjuntura de redemocratização, em fins da década de 70 e tem como fundamentos, não apenas uma crítica conjuntural ao Subsistema Nacional de Saúde Mental, ou seja, críticas ao governo militar e, principalmente, sobre o Sistema Nacional de Assistência Psiquiátrica, que inclui torturas, corrupções e fraudes denunciadas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Também uma crítica estrutural às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1998).

Amaral (1999) refere que, juntamente com o início da Reforma Psiquiátrica brasileira, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, que tem por objetivo organizar a discussão na área, congregando profissionais da saúde, promovendo debates, pesquisas e lançando a revista “Saúde em Debate”. Sindicatos de médicos são fundados e os Conselhos profissionais são retomados. É nesse contexto que surge o movimento por uma Reforma Sanitária, que reorganize o atendimento à saúde da população.

As Conferências Nacionais de Saúde, até então órgão burocrático, tornam-se verdadeiros fóruns onde se debate e se propõem as políticas de saúde, com a participação dos órgãos oficiais, dos prestadores de serviços de saúde e dos usuários. Assim como desenvolve-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que traz além dos ecos dos movimentos internacionais, a discussão da Reforma Sanitária para o campo da saúde mental.

Em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM, que tem como tema principal a discussão da cidadania e doença mental, momento este em que foi proposto pontos importantes para o processo da Reforma Psiquiátrica, dentre estes: a reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional; não credenciamento pelo setor público de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais, com redução progressiva dos existentes, substituindo-os por serviços alternativos; proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; implantação de recursos assistenciais alternativos como hospital-dia, lares protegidos, núcleos de atenção, etc; recuperação de pacientes crônicos em serviços extra-hospitalares; emergência psiquiátrica funcionando em emergências de hospitais gerais. Com relação ao resgate da cidadania, a CNSM propôs retirar a internação psiquiátrica como ato obrigatório do tratamento psiquiátrico; direito do paciente

acessar seu prontuário médico; direito do paciente a escolher o tipo de tratamento e terapeuta; garantias legais contra internações involuntárias. A II CNSM realizada no ano de 1992, na cidade de Brasília, praticamente afirma os princípios propostos na primeira conferência.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental sediada na cidade de Brasília em 2001, teve como tema central “Cuidar sim, excluir não”, subdividido em três temas: reorientação do modelo assistencial; recursos humanos e financiamento; e controle social, acessibilidade, direitos e cidadania.

Em 1990, no nível internacional, a Organização Mundial da Saúde – OMS - reúne um conjunto de entidades para discutir a atenção à saúde mental e o resultado é o que ficou conhecida como Declaração de Caracas. Seus pontos principais são os seguintes:

- a atenção psiquiátrica hospitalar convencional não atende aos seus objetivos por: isolar o paciente do meio social e, portanto, promover a segregação; afronta os direitos civis e humanos; consome recursos financeiros; e não promove aprendizagem;
- a atenção deve salvaguardar a dignidade e os direitos dos pacientes; basear-se em critérios tecnicamente adequados; e promover a manutenção do paciente no seu meio;
- as legislações devem assegurar: respeito aos direitos humanos e civis; e organização de serviços comunitários; e
- as internações psiquiátricas devem ser feitas em hospitais gerais.

Em 1989 o Deputado Paulo Delgado lança um Ante-Projeto de Lei contemplando os principais pontos da Reforma Psiquiátrica, quais sejam: a extinção progressiva dos manicômios e suas substituições por serviços alternativos à internação psiquiátrica compulsória, proibição à construção de novos manicômios e dá competência a Estados e municípios para implantar a Reforma Psiquiátrica.

Este projeto, após 12 anos e muitas alterações foi aprovado, transformando-se na Lei nº 10.216, aprovada em última instância no Plenário da Câmara Federal em 06 de abril de 2001. (Anexo A).

Esta Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, além de regulamentar cuidados especiais com os indivíduos internados por longos anos e prever possibilidade de punição para a

internação involuntária e/ou desnecessária. A expressão concreta dessa Lei é principalmente deslocar os recursos à rede de serviços substitutivos.

Em 31 de julho de 2003, em função da existência de um contingente de pacientes com longa internação em hospitais psiquiátricos, estigmatizados como pacientes crônicos por falta de alternativas sócio-assistenciais, foi sancionada a Lei n ° 10.708, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Programa De volta para Casa (Anexo B).

3.2.1 Cenário Atual da Reforma Psiquiátrica

O Ministério da Saúde, em circular MS/SAS/ASTEC (Área Técnica de Saúde Mental Brasília, 2002), expõe que os gastos anuais no cenário atual da Saúde Mental são de 579 milhões, destes, 466 milhões com pagamento de diárias hospitalares (2,3% do orçamento anual do SUS). O Relatório Sobre a Saúde no Mundo (2001), sugere que um percentual satisfatório seria de pelo menos 5% dos gastos totais com saúde e que recursos devem ser ampliados, de modo a atingirem, pelo menos, o dobro dos valores atuais em médio prazo.

Tabela 1 - Evolução comparativa entre gastos com rede hospitalar e rede substitutiva de saúde mental no processo da Reforma Psiquiátrica, de 1997 a 2002, no Brasil.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gasto hospitalar	379.667.296	422.058.386	461.906.622	463.324.089	479.360.210	466.000.000*
Gasto extra-hospitalar	27.945.351	37.169.456	47.443.107	87.089.369	99.880.438	119.000.000*
Total Geral	407.612.647	459.227.842	509.349.729	550.413.458	579.240.648	585.000.000*
% Gastos hospitalares / Gastos extra-hospitalares	93,14	91,91	90,69	84,18	82,76	79,66*
* Estimativas - 2002						
Fonte: DATASUS / IBGE – Estimativas populacionais ano 2001/ Área Técnica de Saúde Mental/MS						

A partir desta realidade, o Ministério da Saúde estabelece metas para os anos 2003 e 2004, entre elas:

- redução Progressiva dos Leitos Psiquiátricos – desinstitucionalização;
- expansão dos 424 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) existentes atualmente;

- inclusão radical das ações de saúde mental na atenção básica;
- implantação do “Incentivo-bônus”;
- expansão das Residências Terapêuticas;
- formação e qualificação de Recursos Humanos;
- promoção de direitos de usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado;
- reorientação dos Manicômios Judiciários; e
- qualificação do atendimento hospitalar e ambulatorial existentes.

3.3 Transtornos Mentais

De acordo com a CID-IO, o termo transtorno é usado a fim de evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como doença ou enfermidade. O termo é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Assim optamos por utilizar o termo transtorno no decorrer do trabalho. Apesar do grande número de transtornos mentais, faremos uma breve apresentação incluindo a esquizofrenia, transtorno do humor bipolar, depressão, transtorno esquizoafetivo depressivo, transtorno delirante tipo persecutório e transtorno mental devido ao uso de substâncias, considerando que os três últimos são referentes aos transtornos dos usuários acompanhados.

3.3.1 Esquizofrenia

Conforme a CID-10, esquizofrenia se caracteriza, em geral, como um distúrbio que apresenta distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente o indivíduo com esquizofrenia mantém clara sua consciência e sua capacidade intelectual.

O primeiro a utilizar o termo esquizofrenia foi o psiquiatra suíço, Eugen Bleuler, em 1911, sobre os pacientes que tinham as características de desligados de seus processos de pensamentos e respostas emotivas (LOUZÃ NETO, 1996).

O termo esquizofrenia deriva das palavras gregas: schizo = cindido, phén = mente, que significa “mente dividida”, como coloca Louzã Neto (1996). Este transtorno abrange um grupo de

moléstias caracterizadas por perturbações mentais, afetivas, volitivas e uma tendência a fugir da realidade. É caracterizado por sintomas psicóticos que alteram profundamente a personalidade, como distúrbios do pensamento, alucinações, delírios, da afetividade, do comportamento, e por alterações do desempenho social e profissional do indivíduo. A esquizofrenia traz um prejuízo capaz de interferir amplamente na capacidade de atender às exigências da vida e da realidade. Os portadores de esquizofrenia apresentam uma diminuição na capacidade de trabalhar, de se relacionar com os outros e de cuidar de si mesmo.

SINTOMAS

Os aspectos essenciais da esquizofrenia são um misto de sinais e sintomas característicos, que podem ser conceitualizados como enquadrando-se em duas amplas categorias — positivos e negativos. Como sustenta Taylor (1992), os sintomas positivos refletem um excesso ou distorção no conteúdo e na forma do pensamento, de percepção, ou seja, distorção do funcionamento normal das funções psíquicas. Enquanto os sintomas negativos parecem refletir uma diminuição ou perda das funções psíquicas.

Entre os sintomas positivos incluem:

- *Delírios*: são crenças e idéias falsas, que não correspondem à realidade, das quais o indivíduo tem convicção absoluta. Por exemplo, ele se sente erroneamente perseguido ou observado.
- *Alucinações*: são percepções falsas dos órgãos dos sentidos, especialmente auditivas, em forma de vozes. Essas percepções ocorrem na ausência de estímulo externo real.
- *Alterações do Pensamento*: as idéias podem se tornar confusas, desorganizadas ou desconexas, sem sentido para os interlocutores. O indivíduo tem a sensação de que seus pensamentos não lhe pertencem, com a convicção de que foram colocados por outras pessoas, ou que pensamentos são roubados de sua mente ou inseridos nela (LOUZÃ NETO, 1996).

Os sintomas negativos são:

- *Alterações da Afetividade*: muitos indivíduos têm uma perda da capacidade de reagir emocionalmente aos acontecimentos, ficando indiferente e sem expressão afetiva (embotamento afetivo). Outras vezes o paciente apresenta reações afetivas que são inadequadas em relação ao contexto em que se encontra (incongruência afetiva).

- *Diminuição da Motivação*: o indivíduo perde a vontade, fica desanimado e apático, não tem mais impulso suficiente para enfrentar as tarefas do dia-a-dia. Quase não conversa, fica isolado e retraído socialmente. Necessita que alguém mande e insista para que desempenhe as mais simples tarefas.
- *Sintomas Motores*: alguns indivíduos portadores de esquizofrenia apresentam alterações da motricidade, ficando muito parados, sem movimentação espontânea. Já outros podem ficar agitados sem conseguir parar de se movimentar, falam e gesticulam bastante, sem propósito algum (LOUZÃ NETO, 1996).

Além dos sintomas descritos, o indivíduo pode apresentar também dificuldades de atenção e concentração. Às vezes, tem dificuldades de memória e pode estar desorientado em relação a tempo e local. Pode mostrar-se ambivalente, ou seja, possuir sentimentos ou vontades opostas ao mesmo tempo, deixando-o perplexo e angustiado (LOUZÃ NETO, 1996).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-VI, em geral a idade média de início dos primeiros sintomas psicóticos da esquizofrenia aparecem durante a adolescência ou durante a década dos 20 anos nos homens e durante a década dos 20 ou princípio dos 30 anos para as mulheres. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos, entretanto, exibe alguma evidência de esquizofrenia antes do primeiro episódio psicótico, ou seja, perda do sentido de realidade ou incapacidade de distinguir entre as experiências reais e imaginárias, quadro que se traduz em delírios e alucinações.

ETIOLOGIA

Até hoje, apesar de muitos estudos, não se descobriu a causa ou causas da esquizofrenia. Muitas evidências permitem afirmar que seja uma doença cerebral, resultado da interação de muitos fatores, sem haver uma causa única. Fatores genéticos e ambientais que influenciam na maneira variável no aparecimento e evolução do transtorno (LOUZÃ NETO, 1996).

Segundo Santos apud Teixeira e Moraes (2003, p. 38),

[...] as pessoas com esquizofrenia não são vítimas de sua origem pobre ou de fatores ambientais; a maioria é vítima de erros no desenvolvimento do cérebro surgidos geneticamente. As pesquisas mais recentes estão encontrando tais anormalidades no feto em desenvolvimento e não após o nascimento. Alguns especialistas acreditam que a esquizofrenia se origina de uma desordem rara nos

neurotransmissores (mensageiros químicos entre as células e o sistema nervoso). Um possível elo entre as anormalidades cerebrais e o desenvolvimento da esquizofrenia envolve o transporte de dopamina pelo neurotransmissor.

SUBTIPOS CLÍNICOS

Como consta na CID-10, são delimitados alguns subtipos clínicos da esquizofrenia, agrupamento feito através dos sintomas. Entre eles, os principais subtipos clínicos são:

- *Esquizofrenia Paranóide*: caracteriza-se essencialmente pela presença de idéias delirantes persistentes, paranóide, freqüentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditiva e de perturbações da percepção. Esta forma de esquizofrenia é a mais comum.
- *Esquizofrenia Hebefrênica*: caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação e alteração da afetividade. Os delírios e as alucinações são fugazes e fragmentárias, de natureza bizarra e fantástica. O indivíduo que é portador deste subtipo clínico de esquizofrenia apresenta um comportamento irresponsável e imprevisível. O afeto é superficial e inapropriado, com risos imotivados. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. O prognóstico é desfavorável por causa do rápido desenvolvimento de sintomas "negativos" (embotamento do afeto e perda da vontade). O indivíduo acometido tem tendência ao isolamento social.
- *Esquizofrenia Catatônica*: subtipo clínico dominado por transtornos psicomotores proeminentes. O indivíduo pode externar períodos de agitação e excitação com períodos de estupor, mutismo e negativismo. Um padrão marcante pode ser constituído por episódios de excitação violenta.
- *Esquizofrenia Simples*: forma rara de esquizofrenia caracteriza-se por uma deterioração gradual e progressiva da personalidade. Os sintomas negativos se desenvolvem sem serem precedidos por quaisquer sintomas psicóticos manifestos. O indivíduo portador deste transtorno é incapaz de responder às exigências que a sociedade impõe.
- *Esquizofrenia Residual*: considerado o estado crônico da evolução de um transtorno esquizofrênico, depois do indivíduo manifestar dois ou mais episódios e apresentar principalmente sintomas negativos como: embotamento afetivo, passividade e falta de iniciativa,

pobreza da qualidade e do conteúdo do discurso, pouca comunicação não-verbal, falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

TRATAMENTO

Segundo Louzã Neto (1996), a esquizofrenia não tem cura, sendo que o tratamento apenas alivia ou controla os sintomas.

O DSM-IV afirma que o tratamento da esquizofrenia visa ao controle dos sintomas e a reintegração social do indivíduo, e requer duas abordagens: tratamento medicamentoso e abordagem psicossocial. O tratamento medicamentoso é feito com remédios chamados como antipsicóticos ou neurolépticos. Eles são imprescindíveis, utilizados na maioria das vezes durante o surto agudo com o intuito de aliviar os sintomas psicóticos, e também nos períodos entre as crises, para prevenir novas recaídas. A maioria dos indivíduos com esquizofrenia necessitam fazer o uso da medicação ininterruptamente para não ter novas crises. Assim o mesmo deve submeter-se a avaliações médicas periódicas. A confiança no médico é um dos principais ingredientes para o sucesso do tratamento; ele procura manter a medicação na menor dose possível para evitar recaídas e evitar eventuais efeitos colaterais.

As abordagens psicossociais, como consta no DSM-IV, são necessárias para promover a reintegração do paciente à família e à sociedade, proporcionando uma melhora na qualidade de vida do indivíduo. O planejamento de reabilitação deve ser individualizado, devido ao fato de que alguns sintomas, principalmente apatia, desinteresse e isolamento social, podem persistir mesmo após as crises. Essas pessoas necessitam em geral de psicoterapia, terapia ocupacional, e outros procedimentos que visem ajudá-lo a lidar com mais facilidade nos enfrentamentos de seu dia-a-dia.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A enfermeira deve dar apoio ao indivíduo com esquizofrenia nos momentos de angústia e ansiedade e compreender que nem sempre o mesmo terá condições de transmitir o que está sentindo. É preciso ter disposição para escutar se desejam falar, aceitando sem críticas e menosprezos as situações de delírios e/ou alucinações. Tolerar o silêncio é essencial, sendo que obrigar a pessoa a falar constantemente pode confundí-lo; as perguntas insistentes podem fazer com que ele se sinta perseguido.

Propiciar que o indivíduo aprenda a confiar em outro ser humano é função da enfermeira, que em momento algum faça promessas que não possa cumprir. Este indivíduo vivencia e teme uma grande solidão, mas não tanto como teme uma intimidade interpessoal.

Compreender as necessidades afetadas da pessoa com esquizofrenia, principalmente alimentação, hidratação, sono, eliminações e higienização, permite ao enfermeiro auxiliá-lo e estimulá-lo na realização de seus próprios procedimentos, sem excluir o respeito de seus costumes e hábitos (rituais de limpeza, hábitos alimentares), proporcionando o desenvolvimento do autocuidado e autonomia.

As atividades como acompanhante terapêutico, segundo Resnizky e Mauer (1987), não podem ser planejadas com muita rigidez e antecipação, pois trabalhar com pessoas acometidas de transtorno mental é muito imprevisível. As atividades devem ser curtas, de ritmo lento, dosadas de acordo com o tempo de dedicação que requer cada tarefa. Durante o acompanhamento deve-se evitar lugares com grande concentração de pessoas e não superpor objetivos, como por exemplo: se o objetivo é ir ao centro para consulta odontológica, não convém usar a mesma saída para ir ao shopping ou fazer compras, estes desdobramentos costumam gerar no indivíduo muita ansiedade.

3.3.2 Transtorno Do Humor Bipolar

Transtornos do humor são aqueles nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada). A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade. A maioria destes transtornos são recorrentes e, a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes (CID-10).

Segundo a CID-10, o transtorno bipolar caracteriza-se por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão).

Kaplan e Sadock (1984) caracterizam a perturbação afetiva bipolar, por períodos discretos de recorrência da doença, sendo que os episódios de mania e de depressão aparecem alternadamente.

DEFININDO A FASE DE MANIA

De acordo com Fenili e Scóz (1999) e a CID-10, nos episódios de euforia ou mania, o humor da pessoa fica exaltado, a pessoa apresentando o quadro de mania, mostra um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo, excessivamente eufórico e alegre, às vezes com períodos de irritação e explosões de raiva, contrastando com um período de normalidade, antes da doença se manifestar. Além disto há uma auto-estima grandiosa (com a pessoa sentindo-se poderosa e capaz de tudo), com necessidade reduzida de dormir (a pessoa dorme pouco e sente-se descansada), apresentando-se muito falante, às vezes dizendo coisas incompreensíveis (pela rapidez com que fala), não se fixando a um mesmo assunto ou a uma mesma tarefa a ser feita, ou seja nesta fase observa-se o aumento de energia, irritabilidade, impaciência, falta de sono, auto-confiança exagerada, gastos excessivos, inquietação, aumento da libido, alterações do pensamento, juízo e do comportamento social. O tônus muscular é bastante alto, dando uma aparência mais jovem.

DEFININDO A FASE DE DEPRESSÃO

O quadro de depressão caracteriza-se por um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias, ocorre perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido (CID-10).

FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DO TRANSTORNO

Além dos episódios bem definidos de mania e depressão, há outras formas de manifestação do transtorno bipolar.

Uma primeira forma seria a hipomania, em que também ocorre estado de humor elevado e expansivo, eufórico, mas de forma mais suave. Um episódio hipomaniaco, ao contrário da mania, não é suficientemente grave para causar prejuízo no trabalho ou nas relações sociais, nem para exigir a hospitalização da pessoa. A segunda forma de apresentação deste transtorno mental seria a ocorrência de episódios mistos, quando em um mesmo dia haveria a alternância entre depressão e mania. Em poucas horas a pessoa pode chorar, ficar triste, sentindo-se sem valor e sem esperança, e no momento seguinte estar eufórica, sentindo-se capaz de tudo, ou irritada, falante e agressiva. Já na terceira forma da doença bipolar do humor seria aquela conhecida como transtorno ciclotímico, ou apenas ciclotimia, em que haveria uma alteração crônica e flutuante do humor, marcada por numerosos períodos com sintomas maníacos e numerosos períodos com sintomas depressivos, que se alternariam. Tais sintomas depressivos e maníacos não seriam suficientemente graves nem ocorreriam em quantidade suficiente para se ter certeza de se tratar de depressão e de mania, respectivamente. Seria, portanto, facilmente confundida com o jeito de ser da pessoa, marcada por instabilidade do humor (CID-10).

TRATAMENTO

O tratamento, após uma completa avaliação diagnóstica para planejamento de estratégias de intervenção para o episódio atual e para a prevenção de recaídas, inclui a terapia medicamentosa, envolvendo uma classe de medicações chamada de estabilizadores do humor, da qual o carbonato de lítio é o mais estudado e o mais usado. A carbamazepina, a oxcarbazepina e o ácido valpróico também se mostram eficazes. Além da associação com a psicoterapia que se mostra bastante eficiente quando realizada juntamente com a farmacoterapia (FENILI E SCÓZ, 1999).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Teixeira apud Teixeira e Moraes (2003) relata que a assistência de enfermagem aos indivíduos portadores de transtorno bipolar, deve ser dirigida para o quadro apresentado pelo mesmo.

Quadro maníaco

- Deve-se tratar o indivíduo com serenidade, respeito e bom humor, impedindo com isto incentivar ou provocar comportamento inadequados.
- O profissional deve procurar ocupar o indivíduo, canalizar sua energia para as atividades propostas e intercalar estas com períodos de repouso.
- Promover ambiente tranquilo com o intuito de diminuir a excitação psicomotora.
- As condutas autoritárias e agressivas devem ser evitadas, usando um tom de voz baixo e bom senso na abordagem verbal.
- Proporcionar o estabelecimento e manutenção do adequado funcionamento fisiológico nas áreas nutricionais, hidratação, sono e repouso.
- Remover os fatores irritantes junto ao indivíduo, promover sua participação nas condutas a serem tomadas.

Quadro depressivo

- Observar e manter vigilância constante e discreta a fim de impedir qualquer ato prejudicial que a pessoa faça a si mesmo.
- Não se deve reforçar suas idéias de ruína, a atenção, paciência e estímulos são considerados de grande serventia durante o quadro depressivo.
- Ajudar a controlar sua ansiedade e medo, oferecendo apoio constante.
- Encorajar o indivíduo a expressar-se, revelando seus sentimentos e pensamentos.
- Estimular a realização de atividades que goste de realizar.
- Ajudar o indivíduo a socializar-se.
- O objetivo desta fase é ajudar o indivíduo a enfrentar e superar sentimentos penosos e afastar a possibilidade de suicídio.

3.3.3 Depressão

A depressão, segundo Louzã Neto et al. (1995), caracteriza-se por lentificação dos processos psíquicos, humor deprimido e/ou irritável, associado à ansiedade e à angústia, redução da energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo de realidade.

De acordo com a DSM-IV os sintomas corporais mais comuns são sensações de desconforto nos batimentos cardíacos, constipação, dores de cabeça, dificuldades digestivas. Períodos de melhora e piora são comuns, o que cria a falsa impressão de que se está melhorando sozinho, quando durante alguns dias o paciente sente-se bem. Geralmente tudo se passa gradualmente, não necessariamente com todos os sintomas simultâneos, aliás, é difícil ver todos os sintomas juntos. Até que se faça o diagnóstico praticamente todas as pessoas possuem explicações para o que está acontecendo com elas, julgando sempre ser um problema passageiro.

A CID-10 complementa que o indivíduo em geral pode apresentar problemas do sono e diminuição do apetite. Na maioria das vezes ocorre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e/ou de indignidade. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias. A depressão é classificada em três graus: leve, moderada ou grave, conforme o número e a gravidade dos sintomas.

Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

Episódio depressivo grave

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns. Podendo estar acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição (CID-10).

IDENTIFICANDO A DEPRESSÃO/

Para identificar se o indivíduo está deprimido, o mesmo deve sentir-se triste a maior parte do dia quase todos os dias, não tem tanto prazer ou interesse pelas atividades que apreciava, não consegue ficar parado e pelo contrário movimenta-se mais lentamente que o habitual. Passa a ter sentimentos inapropriados de desesperança desprezando-se como pessoa e até mesmo se culpando pela doença ou pelo problema dos outros, sentindo-se um peso morto na família. Com isso, apesar de não ser uma doença potencialmente fatal, surgem pensamentos de suicídio. Esse quadro deve durar pelo menos duas semanas para que possa dizer que o indivíduo está deprimido.

CAUSA DA DEPRESSÃO

A causa exata da depressão permanece desconhecida. A explicação mais provável é a ocorrência de um desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. O fato de ser um desequilíbrio bioquímico não exclui tratamentos não farmacológicos. Eventos desencadeantes são muito estudados e de fato encontra relação entre certos acontecimentos estressantes na vida das pessoas e o início de um episódio depressivo. Porém estes eventos não podem ser responsabilizados pela manutenção da depressão. Os eventos estressantes provavelmente disparam a depressão nas pessoas predispostas, vulneráveis. Exemplos de eventos estressantes são perda de pessoa querida, perda de emprego, mudança de habitação contra vontade, doença grave, sendo que pequenas contrariedades não são consideradas como eventos fortes o suficiente para desencadear depressão.

PREVALÊNCIA

Segundo a DSM-IV apud Louzã Neto et al. (1995) estima-se que 4,4 das pessoas já sofreram algum tipo de episódio depressivo ao longo da vida.

TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Pelo fato da depressão ser uma doença “do organismo como um todo”, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento, o tratamento não se restringe exclusivamente ao uso de medicamentos. A psicoterapia é muito importante no tratamento do indivíduo deprimido.

É imprescindível ter em mente que o paciente deve ser sempre muito bem orientado sobre os passos, o tipo e a natureza do tratamento a que está sendo submetido. O paciente deve saber sobre a natureza dos medicamentos, suas ações e efeitos adversos, sobre o tempo previsto para sua ação terapêutica, bem como a previsão de tempo de uso.

O medicamento de uso mais longo e continuado consiste no antidepressivo. Os antidepressivos são drogas que aumentam o tônus psíquico melhorando o humor e, conseqüentemente, melhorando a performance psíquica de maneira global.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- a enfermeira deve estar atenta para os sinais indicativos de risco de suicídio, quando o indivíduo fala sobre morte, suicídio ou provocar ferimentos em si próprio, quando apresentar alterações na personalidade ou aparência, pânico ou ansiedade crônica, insônia constante, alterações nos hábitos de sono ou alimentares e baixo rendimento escolar;
- a aparência dos indivíduos deprimidos é quase sempre desleixada e geralmente estão sem tomar banhos há dias, por esta razão é importante a enfermeira ficar atenta à negligência nos cuidados pessoais;
- a enfermeira deve observar situações como: tomada de decisões e julgamentos prejudicados; dificuldade com limpeza e compras; agressão a coisas e pessoas; preferência por atividades solitárias, evitando situações sociais e atividades grupais; desconforto físico e desnutrição;
- auxiliar o indivíduo nos cuidados pessoais, melhorar aparência física para elevar sua auto-estima; e

- sentar ao lado do indivíduo com o objetivo de conversar, mesmo que se obtenha pouca ou nenhuma resposta do mesmo.

3.3.4 Transtorno Esquizoafetivo Depressivo

O transtorno esquizoafetivo tem características tanto da Esquizofrenia quanto dos Transtornos de Humor. Em outras palavras, indivíduos que apresentam esse transtorno têm sintomas de esquizofrenia, "misturados" com sintomas do transtorno afetivo bipolar ou de depressão. Esses sintomas podem apresentar-se juntos ou de maneira alternada.

Conforme o DSM IV, o transtorno esquizoafetivo apresenta como característica essencial um período de doença ininterrupto durante o qual, em algum momento, existe um Episódio Depressivo Maior, um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto, concomitante com sintomas que satisfazem o critério para esquizofrenia, como delírios, alucinações, comportamento completamente desorganizado ou catatônico, embotamento afetivo, entre outros. Além disso, durante o mesmo período do transtorno, ocorreram delírios ou alucinações por pelo menos duas semanas na ausência de sintomas proeminentes de humor. Finalmente, os sintomas que satisfazem os critérios para um episódio de humor estão presentes por uma porção substancial da duração total dos períodos ativo e residual da doença. Se os sintomas de humor estão presentes apenas por um período relativamente breve, o diagnóstico é de Esquizofrenia, e não Transtorno Esquizoafetivo. Os sintomas não devem decorrer dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., cocaína) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo ou epilepsia do lobo temporal).

O período de doença mencionado pelo DSM IV refere-se ao tempo durante o qual a pessoa continua apresentando sintomas ativos ou residuais de doença psicótica. Para algumas, este período de doença pode durar anos ou mesmo décadas. Um período de doença pode ser considerado findo quando o indivíduo se recuperou completamente por um intervalo significativo de tempo e não mais apresenta quaisquer sintomas significativos do transtorno. A fase da doença com sintomas psicóticos ou de humor concomitantes caracteriza-se por satisfazer todos os critérios, tanto para a fase ativa da Esquizofrenia quanto para Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto. A duração do Episódio Depressivo Maior deve ser de no

mínimo duas semanas, já a do Episódio Maníaco e Misto deve ser de pelo menos uma semana. A duração mínima de um Episódio Esquizoafetivo é de um mês. A fase da doença apenas com sintomas psicóticos é caracterizada por delírios ou alucinações que duram pelo menos duas semanas. Embora alguns sintomas de humor possam estar presentes durante esta fase, eles não predominam.

O Transtorno Esquizoafetivo ocorre com maior frequência em mulheres e parece ser menos comum que a Esquizofrenia. A idade de início do transtorno provavelmente se situa nos primeiros anos da idade adulta, embora possa ocorrer desde adolescência até uma idade mais avançada (DSM IV).

O Transtorno Esquizoafetivo Depressivo encontrado como diagnóstico médico de um de nossos usuários acompanhados é um subtipo do transtorno esquizoafetivo, tendo em vista que este subtipo aplica-se quando apenas Episódios Depressivos Maiores fazem parte da apresentação, conforme se apresenta no DSM IV. Outro subtipo encontrado é o Tipo Bipolar, que se aplica se um Episódio Maníaco ou Misto faz parte da apresentação, sendo que os Episódios Depressivos Maiores também podem ocorrer.

3.3.5 Transtornos Mentais Devido ao Uso de Substâncias

Compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e sintomatologia diversa, mas que possuem em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico. O diagnóstico principal deverá ser classificado em função da substância ou da categoria de substâncias tóxicas que é a maior responsável pelo quadro clínico. O diagnóstico de transtornos ligados ao uso de múltiplas drogas deve ser somente para os casos onde a escolha das drogas é feita de modo caótico e indiscriminado, ou naqueles casos onde as contribuições de diferentes drogas estão misturadas (CID-10).

Os transtornos podem ser ocasionados devido ao uso de álcool, opiácios, canabinóides, sedativos e hipnóticos, cocaína, estimulantes (incluindo cafeína), alucinógenos, fumo e solventes voláteis, como também devido ao uso de múltiplas drogas, conforme CID-10.

O uso de substâncias psicoativas pode desencadear:

- *Intoxicação Aguda*: estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa que compreende perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas.
- *Uso nocivo para a saúde*: forma de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas ou psíquicas.
- *Síndrome de Dependência*: consiste no conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desencadeia após uso repetido de uma substância psicoativa, associado ao desejo do uso, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento a outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e a um estado de abstinência física.
- *Síndrome de Abstinência*: conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e de gravidade variável que ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância consumida de modo prolongado. A síndrome de abstinência também pode se complicar com a ocorrência de delirium, estado que pode comportar convulsões.
- *Transtorno Psicótico*: conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa. Estado que se caracteriza pela presença de alucinações, de distorção das percepções, de idéias delirantes, de perturbações psicomotoras e de afetos anormais.
- *Síndrome Amnésica*: presença de transtornos crônicos importantes da memória. A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a remota.
- *Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia*: transtorno no qual as modificações, induzidas por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância (CID-10).

3.3.6 Transtorno Delirante Tipo Persecutório

O Transtorno Delirante apresenta como característica essencial a presença de um ou mais delírios não-bizarros que persistem por pelo menos um mês. O diagnóstico do transtorno não é dado caso o indivíduo já apresentou sintomas de esquizofrenia, sendo que alucinações auditivas ou visuais, se presentes, não são proeminentes, assim como alucinações táteis ou olfativas podem também estar presentes se relacionados ao tema do delírio. Exceto pelo impacto direto dos delírios, o funcionamento psicossocial não está consideravelmente prejudicado, e o comportamento não é estranho e bizarro. Caso haja episódios de humor concomitantemente com os delírios, sua duração total é breve, comparada com a duração total dos períodos delirantes. Os efeitos não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância psicoativa ou uma condição médica geral (DSM VI).

Segundo o DSM VI, ainda há informações precisas insuficientes sobre sua prevalência, estima-se que situa-se em torno de 0,03%. O início do Transtorno Delirante se situa em geral na fase intermediária ou tardia da idade adulta, mas pode ocorrer antes.

Os subtipos de Transtorno Delirantes são especificados com base no tema delirante, conforme o DSM IV:

- *Tipo Erotomaniaco*: delírios de que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo.
- *Tipo Grandioso*: delírios de grande valor, poder, conhecimento, identidade ou de relação especial com uma divindade ou pessoa famosa.
- *Tipo Ciumento*: delírios de que o parceiro sexual é infiel.
- *Tipo Persecutório*: este subtipo é referente ao nosso usuário acompanhado, aplica-se quando o delírio envolve a crença de estar sendo vítima de conspiração, traição, espionagem, perseguição, envenenamento ou intoxicação com drogas, estar sendo alvo de comentários maliciosos, de assédio, entre outros. O foco do delírio geralmente se concentra em alguma injustiça que deve ser remediada pela ação legal, podendo o indivíduo envolver-se em repetidas tentativas de obter satisfação, apelando aos tribunais e outras agências governamentais. Pessoas com este tipo de delírio com frequência sentem raiva, podendo recorrer à violência contra aqueles que supostamente os estão prejudicando. É o tipo mais comum entre os paranóicos ou delirantes crônicos.

- *Tipo Somático*: delírios de que a pessoa tem algum defeito físico ou condição médica geral.
- *Tipo Misto*: delírios característicos de mais de um dos tipos mencionados, sem predomínio de nenhum deles.
- *Tipo Inespecificado*.

3.4 Acompanhante Terapêutico

A equipe de Acompanhantes Terapêuticos do hospital Dia A CASA (1991, p. 30-1) conceituam este tipo de abordagem como:

Prática de saída pela cidade, com a intenção de montar um guia que possa articular o paciente nas redes sociais, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico.

Para Resnizky e Mauer (1987) o trabalho de acompanhante terapêutico -AT- permite promover condutas que objetivam a integração do paciente no meio social do qual se isolou e foi isolado. Para que haja a concretização deste objetivo é necessário ouvi-lo em seu delírio, compreendê-lo em sua fragilidade e acompanhá-lo em sua desolação. Este se alia em sua enfermidade com aqueles que buscam marginalizá-lo para poder distanciar-se da realidade, a qual vive como hostil e ameaçadora. Evita, desse modo, confrontar-se com os conflitos que tanto teme porque frente a eles se sente impotente e incapacitado. Deve-se desta forma tomar em tratamento simultaneamente o paciente e sua família, com a idéia de que aquele possa reintegrar-se a um meio diferente daquele que contribuiu para o seu desajuste.

HISTÓRIA

Conforme referências obtidas pela equipe do hospital Dia A CASA (1991) o acompanhamento terapêutico surge a partir da década de 50 na Europa e nos Estados Unidos. Os principais expoentes desse movimento foram Laing e Cooper, na Inglaterra; Basaglia, na Itália; Oury, na França, e Szasz, nos EUA. Na América Latina o acompanhante terapêutico parece ter surgido no final da década de 60, em Buenos Aires. Na Argentina, muitos psicanalistas estiveram ligados aos hospitais psiquiátricos.

Segundo Maia e Pirim (1997) o acompanhamento terapêutico aparece juntamente às comunidades terapêuticas, no início dos anos 70, em especial, a comunidade terapêutica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, com a idéia de auxiliar psiquiátrico, cuja função se limitava a estar junto aos pacientes dentro ou fora da clínica.

Barretto (2000) acrescenta que neste mesmo período iniciou esta prática em Porto Alegre na Clínica Pinel. No final da década de 70, com o declínio e fechamento das comunidades terapêuticas, os auxiliares psiquiátricos continuaram a ser solicitados por terapeutas e familiares que buscavam uma alternativa à internação, assim dando continuidade a prática.

Conforme Resnizky e Mauer (1987), o termo auxiliar psiquiátrico posteriormente modificou-se para amigo qualificado e só após alguns anos denominou-se acompanhante terapêutico. A mudança na nomenclatura se fez necessária, pois com a expressão amigo qualificado se acentuava o componente amistoso do vínculo.

Barretto (2000), complementa que o uso da palavra “amigo” gerava confusões, na medida que dificultava a discriminação e a caracterização do vínculo entre paciente e esse profissional. Observou-se desta forma que o termo acompanhamento se adequava melhor àquilo que estava sendo feito, além de expressar uma função que implicava uma ação, uma intervenção junto a um outro sujeito. Para a equipe do hospital Dia A CASA (1991) isso ocorreu conforme o trabalho foi se desenvolvendo mais na rua, na casa do paciente, e deixando a instituição psiquiátrica.

Conforme afirmam a equipe do hospital Dia A CASA (1991) e Maia e Pirim (1997), faz-se necessário esclarecer que essa atividade, em geral, era exercida por estudantes de psicologia, ciências sociais, medicina, etc. Gradualmente, o AT foi se constituindo como um recurso a mais no tratamento de pessoas em crises psicóticas. Dada a complexidade dos fenômenos dessas crises e o volume de angústia mobilizada nos pacientes e em suas famílias, percebeu-se que as terapias tradicionais – individual, grupal e familiar – além dos remédios, não eram suficientes, em determinados casos. À medida que esta atividade era cada vez mais requisitada, foi havendo uma especialização do acompanhante terapêutico. Não só estudantes, mas também psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais passaram a trabalhar como acompanhantes.

A partir da história do AT, entendemos que esta forma de atuar no campo da saúde mental, necessita ser cada vez mais difundida e explorada, tendo em vista que apesar de recente, é de grande importância para proporcionar e permitir que o indivíduo desenvolva sua autonomia resgatando seus laços de cidadania.

ATUAÇÃO DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

A equipe do hospital Dia A CASA (1991, p.25) acompanha sujeitos que:

[...] perderam a possibilidade de encadear seu mundo ao mundo, que sofreram um desconhecimento da realidade social. Sujeitos que foram retirados, mais do que se retiraram, do circuito social. Ou porque se imobilizavam em mínimas circunscrições fechadas, ou porque voavam em velocidades excessivas, ou ainda porque tentavam um funcionamento tão insólito que foram sistematicamente isolados e excluídos. Sujeitos que não suportaram não mais poder, num determinado período, realizar suas vontades, seus projetos através dos recursos próprios de que dispunham.

Para Maia e Pirim (1997) a função de AT é de difícil abordagem. O acompanhante terapêutico não trabalha com um programa definido, joga com seu corpo, com sua história, atravessa as ruas da cidade, anda pelas praias, coabita com o acompanhado em cada espaço de sua desordenada tentativa de mundo. Não intervém somente com a palavra, o acompanhante conta também com o seu corpo e com os seus atos.

O acompanhante terapêutico deve ser capaz de dissociar-se para poder, por um lado relacionar-se com o paciente e, por outro, manter um distanciamento crítico que lhe permita observar e avaliar a interação. Por isso é imprescindível que, em certo sentido, possa descentrar-se de suas necessidades propriamente subjetivas e tornar-se útil como um promotor de tarefas, como alguém capaz de contar, acolher, acompanhar com o paciente. É a primeira imagem que se oferece ao paciente de seu porvir. Emprestar o Ego ao paciente é contribuir para brindar-lhe com um futuro, um espelho de seus aspectos mais neuróticos encurralados por sua “parte” psicótica, é ajudá-lo a adquirir uma linguagem libertadora que lhe permita sair de seu enclausuramento para reintegrar-se à vida de relações interpessoais (RESNIZKY E MAUER 1987).

Segundo a Associação Casa Protegida Malala Maciel (2003), as atividades são basicamente voltadas para fora da instituição. Com a intervenção para além dos portões das instituições é possível acompanhar o exercício do indivíduo no enfrentamento da vida como ela se apresenta. Ou seja, a pessoa pode ser acompanhada nas vivências que vão se fazendo no seu dia-a-dia, proporcionando visitas à residência no convívio com os seus familiares, acompanhar nas atividades festivas e comemorativas, casamentos, aniversários; em atividades culturais, médicos, dentistas, entre outras. Isso poderá conduzir ao progressivo processo de autonomia, pois o indivíduo poderá perceber que pode de alguma maneira lidar de forma singular com as vivências que vão se mostrando.

As funções a seguir acerca do acompanhante terapêutico são extraídas de Resnizky e Mauer (1987):

- Conter o paciente

Esta é primeira e fundamental função do AT, qualquer que seja o momento do processo em que se acham os pacientes. Deve oferecer-se como suporte, acompanhando-o nos momentos de ansiedade, angústia, temores, desesperança, inclusive nas situações de maior equilíbrio.

- Oferecer-se como modelo de identificação

Tem por objetivo mostrar ao paciente, modos diferentes de atuar e reagir frente às eventualidades da vida cotidiana. Esta é uma função altamente terapêutica por romper com os modelos estereotipados de vinculação que o levaram à enfermidade, e porque ajuda o paciente a aprender, a esperar e a postergar. Além de oferecer a possibilidade de adquirir, por identificação, mecanismos de defesa mais adaptáveis.

- Emprestar o “Ego”

O acompanhante terapêutico se empresta como se fosse um “motor com combustível” capaz de decidir pelo paciente nas ocasiões em que este ainda não apresenta capacidade de agir por si mesmo. Serve-lhe de “Ego” auxiliar, com o intuito de, por exemplo, ajudá-lo a organizar e cumprir atividades do dia-a-dia e mesmo, se necessário, tomar decisões pelo paciente.

- Perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente

Tem como função neste processo perceber as capacidades do paciente, incentivando a liberação da capacidade criativa inibida. Ao propor tarefas de acordo com os interesses do paciente, estará ajudando-o a reencontrar-se com a realidade.

- Informar sobre o mundo objetivo do paciente

Durante o acompanhamento, o AT estabelece um contato com o paciente onde disporá de informações sobre seu comportamento e condutas que chamam atenção na vida cotidiana, seus vínculos, suas preferências e as emoções que o dominam. Tudo isso permitirá ao acompanhante uma compreensão global sobre o indivíduo. Por sua vez, são fundamentais as mudanças observadas nos vínculos do paciente, na sua aptidão para mudar a qualidade dos objetos com os quais se relaciona, contribuindo para se ter uma melhor avaliação das alternativas seguidas pelo processo terapêutico.

- Representar o terapeuta

Significa que algumas vezes o acompanhante terapêutico terá que ajudar o indivíduo a metabolizar interpretações efetuadas pelo terapeuta e, inclusive, deverá refazê-las.

- Atuar como agente ressocializador

Considerando que o paciente severamente perturbado pode estar com uma importante desconexão do mundo que o rodeia, o acompanhante terapêutico terá por função atenuar essa distância, facilitando-lhe o reencontro com o todo permitido.

- Servir como catalisador das relações familiares

O acompanhante terapêutico contribui para descomprimir e facilitar as relações do indivíduo com a família.

Entre outros objetivos destacam-se: provocar a criação de novos olhares sobre o indivíduo; oferecer apoio ao indivíduo e aos grupos do qual participa (família, escola e amigos); acompanhar novos encontros com o social; criar maneira de realizar as tarefas diárias (alimentação, higiene, lazer e trabalho); servir como modelo de identificação; dar continuidade ao

processo terapêutico junto a outros profissionais da saúde; e conduzir a um progressivo processo de autonomia, cidadania.

A equipe do hospital Dia A CASA (1991) afirma que é marcante operar na produção de uma (re) colocação do sujeito em funcionamento com a realidade urbana, atuando como um guia de ocupação, proporcionando ao indivíduo, através de saídas em passeios pela cidade, um momento em que exerça algo de sua potencialidade vital. Pois quanto mais se conhecem lugares, mais aumenta a capacidade de circulação do sujeito, criando condições para a ampliação de seu mapeamento da cidade.

Acrescentados que na abordagem do acompanhamento terapêutico consideramos essencial que sejam utilizados nossas próprias habilidades pessoais, sendo estas um recurso para a interação e estabelecimento de vínculo com o usuário. A nossa participação nas atividades é de grande valia, não recomenda-se apenas observar, é preciso participar juntamente com os usuários para que os resultados sejam melhor apresentados.

3.5 Visita Domiciliar

Reinaldo e Rocha (2002) afirmam que as diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, visam a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, com o intuito de resgatar a sua cidadania. Esta qualidade de vida e cidadania podem ser oferecidas através de um melhor atendimento, redução de internações e, sempre que possível, manutenção do indivíduo no meio familiar através de uma rede de saúde que forneça suporte para esta família.

Os mesmos autores ainda complementam que a visita domiciliar de enfermagem psiquiátrica constitui um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e de sua família. Por meio deste, é possível entender a dinâmica familiar, tendo como objetivo verificar possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. Acreditam que através das visitas domiciliares de enfermagem, a interação com o indivíduo em seu ambiente familiar e a orientação proporcionada à família, contribuem para que ambos (indivíduo e família) possam conquistar condições de viver, trabalhar, e produzir, convivendo com o transtorno mental de forma mais positiva.

Neves apud Gomes et al. (2000), define a visita domiciliária como ação comunitária, um ir além dos muros da instituição para apoiarem a pessoas em recuperação e recuperadas, integradas no seu meio comunitário, familiar e profissional.

Segundo Rodrigues (2002), a visita domiciliária tem por objetivo principal contribuir para que o indivíduo exerça sua própria vida. Por demais, reabilitar sócio- familiarmente o indivíduo; conhecer o meio em que está inserido; promover a sua integração na comunidade de modo mais facilitador; sensibilizar a família, vizinhos e outros no sentido do aumento da tolerância em relação ao indivíduo com transtorno mental; evitar o desenraizamento sócio-cultural do indivíduo; servir e proporcionar melhor atenção à pessoa, sua família e comunidade; solucionar rápida e eficazmente as necessidades e solicitações de cada indivíduo e família; atuar ao nível terapêutico e farmacológico; prevenir o internamento ou encurtar sua duração; controlar a sintomatologia e rever terapêutica; proporcionar o aumento da qualidade de vida desta pessoa e família fazendo a ponte entre diversas estruturas da comunidade.

A concretização de parte destes objetivos permite ao enfermeiro conhecer de forma mais realista os fatores que interferem com o equilíbrio da pessoa e que tipo de relações afetivas, familiares ou sociais podem ser desencadeantes de desequilíbrio.

Acreditamos que a visita domiciliar se apresenta como um instrumento fundamental na atuação do acompanhante terapêutico. Sendo que através das visitas domiciliares é possível estabelecer uma relação de vínculo familiar, e como nos coloca Esperidião (2001), incluir a família no tratamento, dando-lhe suporte além de ampliar a compreensão da dinâmica de suas relações, com vistas a nortear a atenção dispensada a este núcleo social.

3.6 Ética

Sublinha Ferreira (1997), que no campo da Saúde Mental, uma gama de teorias apresentam-se como respostas ao tratamento do transtorno mental, porém até o presente momento, não foram apresentadas provas hegemônicas convincentes que comprovam a eficácia maior de uma teoria em relação às outras. Desta forma é de suma importância que nossas escolhas técnicas obedeçam aos princípios éticos da comunidade de direitos humanos pelo simples fato de pertencermos a ela. As equipes terapêuticas que assumem um tratamento devem estar cientes

deste acordo e ter a obrigação de oferecer todos os possíveis recursos referendados socialmente como adequados para aliviar o sofrimento das pessoas, e escolher, dentre todos, aqueles que, a cada momento, poderão ser mais eficazes para diminuir o sofrimento humano.

Ferreira (1997) ainda complementa que julgar uma ação como boa ou má é atribuir a ela um sentido ético. Todo enunciado ético se expressa por meio de proposições morais que avaliam condutas em função das finalidades que visam oferecer razões para o agir humano.

Segundo Felix et al apud Teixeira e Moraes (2003, p. 55), não se deve confundir ética com a moral. “A moral é regulação dos valores e comportamentos considerados legítimos por uma determinada sociedade, um povo, uma religião ou até mesmo uma tradição cultural”. Existe também morais específicas, em grupos sociais mais restritos: um partido político, uma instituição. Pode-se portanto dizer que uma moral é um fenômeno social particular, que não tem compromisso com a universalidade, ou seja, com o que é válido e de direito para todos os homens.

É portanto indispensável ver o indivíduo como um ser humano único, conforme afirma Travelbee (1979), sem julgá-lo ou interferir em suas crenças e cultura, para que assim possamos estabelecer uma relação de confiança. Atuar como Acompanhante Terapêutico significa, antes de qualquer coisa, obedecer aos compromissos morais e éticos de nossa sociedade, é estar com um indivíduo independente de suas concepções de vida, afirmando acordos que tem por intuito favorecer uma vida mais digna.

Beauchamp & Childress apud do Lago (1999) nos expõem o princípio do respeito pela autonomia, que traz como questão fundamental o dever de respeitar as pessoas e suas escolhas, compreendendo que os indivíduos são donos de suas próprias ações. O princípio do respeito pela autonomia requer em considerar e tratar as pessoas como capacitadas a agir autonomamente. Consideramos desta forma que o AT tem um papel importante de promover a autonomia dos usuários, no sentido de fortalecê-los e encorajá-los a tomarem as decisões por si mesmos.

Referindo-se aos usuários dos serviços psiquiátricos, Kinoshita (2001, p.57), define:

[...] autonomia é a capacidade de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos. A questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/ coisas.

Executar ações com estes pressupostos exige um compromisso ético que reconheça o outro como sujeito, um compromisso solidário, onde sujeito e agente do cuidado definem-se como pares, como cidadãos sendo, cada um, possuído de razão ou vontade, sobretudo a vontade de abrir espaços para ações e integrações para além do *status quo*.

A solidariedade que precisa, para poder existir, do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência. A pessoa sujeita a uma necessidade não reclama ser protegida. Não quer nem o olhar piedoso, nem o isolamento: ela exige poder inserir-se em uma rede de vínculos, em que seja reconhecida como igual em orgulho e dignidade (CAPONI, 2000, p. 95).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Gregório (2002, p.38), “o referencial teórico constitui um conjunto de crenças, valores, conhecimentos, técnicas e reflexões que conduzem o pensar-fazer dos profissionais”.

“O referencial teórico é o momento onde se faz a definição teórica e conceitual, sendo este de fundamental importância para a investigação científica, é o alicerce da pesquisa” (MINAYO, 1998, p.92).

4.1 Marco Conceitual

Silva e Arruda (1993, p.85) definem marco conceitual como sendo o:

Conjunto de conceitos e pressuposições derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimentos, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo as situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem.

Para o êxito de nosso trabalho, avaliamos de suma importância nos fundamentarmos em conceitos e definições para que este sirva como um guia que norteie a nossa prática assistencial, haja vista que o mesmo permeará todos os processos e momentos de nossa prática. Portanto optamos pela teoria interacionista de Joyce Travelbee para que possamos atingir nossos objetivos no decorrer do desenvolvimento da relação que estabeleceremos com nossos clientes².

4.2 Biografia da Teorista

Joyce Travelbee enfermeira assistencial, educadora e escritora nasceu em 1926, graduou-se em enfermagem na Escola de caridade de Nova Orleans em 1943 e, formou-se bacharel na Universidade do Estado de Lousisiana em 1959; mestre em enfermagem pela Universidade de Yale. Começou sua atividade como educadora em 1952, como docente em enfermagem

² Usaremos indistintamente os termos cliente, usuário, paciente, portador de transtorno mental, indivíduo, acompanhado como sinônimos.

psiquiátrica na Escola do Hospital de DePaul, em Nova Orleans. Atuou no Hospital Escola de Louisiana, na Universidade de Nova York e na Universidade de Mississippi, em Jackson. Foi nomeada diretora do projeto da Escola de Enfermagem no Hotel Dieu, em Nova York em 1970. Publicou vários artigos nas revistas de enfermagem nos anos de 1963, e seu primeiro livro “Aspectos Interpessoais de Enfermagem” foi editado em 1966. Sua segunda publicação intitulada “Intervenção em Enfermagem Psiquiátrica”, desde de 1971, serve como fonte de pesquisa para os estudiosos de enfermagem psiquiátrica. Em 1973, aos 47 anos, sua morte prematura impediu conclusão do curso de Doutorado (PEREIRA; CRUZ, 2001).

4.3 Relação Pessoa a Pessoa

Travelbee (1979), define Relação Pessoa a Pessoa como um processo de interação entre dois ou mais seres humanos, sendo que o resultado desta relação ocorre com a mudança de comportamentos de ambos. A Relação Pessoa a Pessoa não acontece simplesmente; o enfermeiro planeja conscientemente. Uma relação é mais que “falar somente” com uma pessoa enferma por um determinado período a cada dia ou ter uma série de interações com o cliente. Uma das características da relação é que ambos, cliente e enfermeiro troquem e modifiquem seus comportamentos, aprendendo com o resultado.

A relação Pessoa a Pessoa ampara-se sobre quatro aspectos principais: compromisso emocional, aceitação, atitude não julgadora e objetividade (TRAVELBEE, 1979).

Compromisso emocional

Para que haja uma relação é necessário o comprometimento emocional. Através deste compromisso o enfermeiro é capaz de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa.

É provável que muitos fatores afetem nossa capacidade para chegar a comprometermos emocionalmente. Os requisitos prévios incluem o reconhecimento e a aceitação de si mesmo como entidade distinta e a capacidade concomitante para perceber os outros como seres humanos únicos. A capacidade para expressar ou controlar a expressão de nossos sentimentos quando interagimos com um cliente é também essencial.

O compromisso emocional a um nível maduro ajuda a ambos os seres humanos, a experimentar uma relação de forma completa. O compromisso emocional requer franqueza e

liberdade necessária para revelar-se como um ser humano ao outro. O compromisso emocional tem lugar dentro do contexto de uma relação entre enfermeiro e cliente, não podendo ser classificado, ordenado ou prescrito. Alguns médicos prescrevem na ficha dos clientes A,T,A (Atenção, Terna e Amorosa). O cuidado amoroso não pode ser ordenado, deve dar-se livremente. O grau do compromisso emocional depende da estrutura de caráter ou personalidade das pessoas que participam da relação. Estabelece-se uma relação porque cada participante se compromete emocionalmente com o outro. A capacidade para comprometer-se emocionalmente com o cliente a um nível maduro constitui o selo característico do enfermeiro profissional, assim como de todo ser humano maduro. O verdadeiro antídoto contra as formas imaturas de compromisso emocional é aprender a comprometer-se a um nível maduro.

Aceitação e atitude não julgadora

Aceitar o cliente tal como ele é. A aceitação pode não ser um processo automático. É possível que aceitemos automaticamente aos indivíduos que tendem a satisfazerem nossas necessidades, assim como não aceitamos pessoas que diminuem nossa auto-estima ou que de certa maneira, são incapazes de satisfazer nossas necessidades. Desta forma, quando a aceitação não se constitui num processo automático, constitui-se numa meta a alcançar.

O ser humano não é capaz de aceitar automaticamente a toda pessoa que conhece e o enfermeiro não constitui uma exceção. Não é possível aceitar a todo o cliente ou a seu comportamento, simplesmente, porque é um cliente. Apesar da compreensão intelectual das causas ou motivos do comportamento apresentado pelo cliente, por exemplo, uma agressão, o enfermeiro como ser cultural, não está livre do produto da sua cultura, podendo, portanto, não se isentar de sentir “raiva” do cliente que o agrediu, no entanto, não significa que ele deverá reagir de forma punitiva frente ao seu comportamento. Se ele não pode aceitar a um cliente, é melhor para ambos que o reconheça e que busque ajuda para resolver o problema.

Aceitar o cliente como ele é, significa não realizar trocas em seu comportamento. Os enfermeiros esforçam-se constantemente por efetuar mudanças na condição do cliente e realizam atividades orientadas para provocá-las.

A aceitação não julgadora significa que o enfermeiro não formule juízos morais sobre o cliente ou o culpe por seu comportamento, isto é, que suas ações não sejam guiadas pelos juízos que faz do cliente.

Objetividade na relação enfermeiro/cliente

Define-se objetividade como a capacidade para observar o que realmente está ocorrendo, excluindo-se prejuízos derivados de sentimentos pessoais. A objetividade absoluta é incansável. Conseguir um grau de objetividade constitui-se numa meta na interação enfermeiro/cliente. A objetividade não implica em manter-se um rosto inexpressivo e indiferente. Será difícil que uma pessoa enferma, que busque contato e calor de outro ser humano, reconheça a qualidade do enfermeiro quando interage como um autômato sem expressão. A objetividade, entendida como isolamento e frieza constitui uma barreira para estabelecer uma relação significativa com outro ser humano.

4.4 Pressupostos da Teoria

Joyce Travelbee utiliza-se de algumas premissas básicas consideradas importantes para que a Relação Pessoa a Pessoa se concretize, das quais se destacam:

- Em toda Relação Pessoa a Pessoa far-se-á necessário o estabelecimento, manutenção e término da relação, e constituem atividades que se encontram dentro do campo da prática da enfermagem. Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único;
- o conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, dar e avaliar a atenção, durante a Relação Pessoa a Pessoa, constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho em grupo. Como resultado da relação, a pessoa enferma amplia a capacidade para enfrentar a realidade e para descobrir soluções práticas a seus problemas, aprende a ser menos estranha à comunidade e deriva prazer em comunicar-se e socializar-se com seu semelhante;
- a interação ocorre durante um período particular da vida de ambos, cliente e enfermeiro e, portanto, não pode ser repetido ou imitado, sendo cada encontro único e original. O enfermeiro

- aumenta a sua habilidade para abordar e enfrentar situações reais e ajustar-se a suas próprias expectativas e dos demais;
- deve-se considerar como premissa básica, que a saúde mental não constitui somente algo que uma pessoa possui senão algo que a pessoa é; e
 - o processo de interação ocorre também através da educação em saúde com vista a resgatar a cidadania das pessoas.

4.5 Conceitos Básicos

ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

Para Travelbee (1979), se constitui num processo interpessoal, que se ocupa de pessoas. Sendo que estas pessoas podem ser pacientes, famílias ou grupos que necessitam da ajuda que o enfermeiro possa oferecer para promover a saúde mental, prevenir ou auxiliar no enfrentamento da experiência da enfermidade e do sofrimento mental e, se necessário, contribuir para descobrir um sentido a estas experiências.

Concordamos com Travelbee (1979), quando diz que é um processo interpessoal, porém entendemos que a enfermagem psiquiátrica ultrapassa o cuidado e a prevenção da “doença”, no sentido de que o problema não é a cura (solução-cura), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas de convivência dispersa. (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990). É ocupar-se de um indivíduo que necessita de perspectivas diferentes para a vida. Sendo assim, o enfermeiro profissional tem por objetivo cuidar, educar e acompanhar o indivíduo portador de transtorno mental, sua família e/ou comunidade, em toda sua integralidade, tendo como foco a promoção, prevenção, intervenção e reabilitação da saúde mental utilizando a relação Pessoa a Pessoa em sua prática assistencial.

ENFERMEIRO

Travelbee (1979) vê a enfermeira, como pessoa com conhecimentos, é uma facilitadora, interessada em ajudar a outros a ajudar-se a si mesmo na prevenção da enfermidade, promoção da saúde, no enfrentamento às pressões impostas pela enfermidade e o sofrimento.

Conceituamos enfermeiro como um ser humano com formação profissional, que através da Relação Pessoa a Pessoa ocupa-se de um indivíduo, auxilia e ajuda-o a relacionar-se com o meio em que está inserido. E possibilita o mesmo alcançar sua autonomia e dispor de possibilidades de vida dentro de suas limitações.

SAÚDE MENTAL

Segundo Travelbee (1979), é um juízo de valor, mais capaz de uma análise psicológica do que para uma rígida definição científica. Fundamentalmente, depende do conceito que se tenha da natureza do homem. Os juízos de valor referentes a saúde mental estão determinados amiúde por normas culturais, regras ou conceitos de comportamentos “apropriados” inseridos em uma determinada sociedade. Ela define que o estado de saúde ocorre quando a pessoa tem a capacidade de amar e transcender a si mesmo, amar os demais, enfrentar a realidade e encontrar um sentido para a vida.

Caracterizamos saúde mental quando o indivíduo encontra-se apto a demonstrar seus próprios potenciais e capacidade de resolver problemas e reger sua própria vida, ou seja, realizar atividades cotidianas, como trabalhar, estudar, namorar, pegar ônibus, ter amigos, entre outras.

Concordamos com Travelbee quando esta se refere ao termo juízo de valor, tendo em vista que um comportamento poderá ser considerado normal ou anormal dependendo da cultura e do período histórico em que o indivíduo se encontra.

SER HUMANO

Travelbee (1979), conceitua o indivíduo como um ser único, pensante, biológico, social e insubstituível, que é influenciado por hereditariedade, meio ambiente, cultura e experiências. E este ser está sempre num processo de ser capaz de fazer suas próprias escolhas.

Por considerarmos o ser humano um ser possuidor de individualidade e sentimentos, características e experiências próprias, é necessário atuar e interagir de forma única em cada situação, respeitando suas particularidades, singularidades e diferenças, possibilitando a flexibilidade da interação, de acordo com o contexto vivido.

VISITA DOMICILIAR

É uma estratégia de ação que possibilita se aproximar da realidade a qual a pessoa existe. Esta é um recurso que possibilita o acompanhamento do indivíduo mais próximo de sua realidade, que favorece ao profissional conhecer o contexto em que este vive. Proporciona um melhor envolvimento entre o acompanhante terapêutico e indivíduo/família.

AMBIENTE

Entendemos que o ambiente influencia diretamente no comportamento das pessoas, na vida cotidiana, nas relações que as mesmas estabelecem, alterando seu bem-estar físico e mental. Consideramos de suma importância atuar terapeuticamente com os indivíduos inseridos no ambiente e no meio social em que se encontram, proporcionando a sua reintegração.

TRANSTORNO MENTAL

O termo transtorno, segundo a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde – CID-10 (1993), é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, conforme consta na CID-10, o Transtorno Mental é caracterizado, juntamente com o Transtorno Comportamental, por alteração do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioramento do funcionamento. Geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

É um ser humano com alto grau de compromisso e capacitado para interagir com o ser humano, que passa a integrar a vida cotidiana de um outro indivíduo, por um número estabelecido de horas, de forma a criar um vínculo, acompanhando-o em diferentes situações e contextos, funcionando como ponte entre o seu mundo interno e o mundo externo e ajudando-o a compor a sua história pessoal.

É um intérprete ativo, que atua no mundo real, concreto e cotidiano do cliente. É também um investigador social que, operando no contexto de vida do indivíduo, pode conhecer e

reconhecer recursos de que esse indivíduo dispõe, talentos, habilidades e estratégias de sobrevivência até então insuspeitadas, seja no âmbito da instituição de tratamento, seja no de sua família (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA, 1991).

4.6 Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem para Travelbee (1979), se define como o elemento de experiência que possui a enfermagem, relatando o que acontece entre o enfermeiro e o cliente. Para a realização de um trabalho eficaz a enfermeira necessita de um certo grau de perícia que a capacite a exercer ações com fim e sentido determinados. Pode-se dizer então, que ela, geralmente, possui a capacidade de saber o quê e como fazer, bem e com segurança. Além disso, a enfermeira deve possuir um sentido de oportunidade; em situações interpessoais, ela compreende e antecipa as necessidades do paciente, atua no ritmo do paciente e reconhece quando deve agir ou não, falar e calar. Em última estância, para avaliar seu desempenho, a enfermeira deve observar se houve utilidade para o paciente a sua atividade e seus objetivos foram cumpridos. Uma premissa fundamental é que muitos elementos do processo são recíprocos, sendo que o enfermeiro não observa somente, mas também é observado. Para desempenhar suas funções a enfermeira participa de um processo interpessoal que evolui por etapas superpostas: observação, interpretação, tomada de decisão, ação (intervenção de enfermagem) e apreciação (avaliação) de suas ações.

1ª ETAPA – OBSERVAÇÃO

A observação é o primeiro passo para a execução de todos os cuidados de enfermagem. A habilidade de observar vai decidir o sucesso ou fracasso do processo cuidativo, pois é a observação que dará subsídios para a construção do processo. É a partir da observação, que o enfermeiro desenvolve interpretações e interferências, se decide a atuar ou abster-se. Não é possível planejar, estruturar, realizar ou evoluir ações de enfermagem sem ser observador hábil. É um método ativo, dotado de um sentido e um propósito determinado. O propósito específico consiste em recolher a informação para interpretar e avaliar seu significado e logo traçar uma linha de ação.

2ª ETAPA - INTERPRETAÇÃO

Consiste na etapa do processo interpessoal, onde é necessário que a enfermeira tenha conhecimento e compreensão da informação percebida. É nesta etapa que há explicação da informação empírica, tentando situar o que tem sido observado dentro de um conjunto significativo. Várias conclusões podem ser tiradas sobre o significado das informações, sendo que as interpretações podem classificar-se desde uma opinião sem fundamento a uma hipótese provisória de trabalho, relacionada com um corpo teórico. É fácil interpretar objetos e coisas com aparências externas visíveis, porém não é possível assinalar a referência externa “de abstrações” de alto nível como: justiça, humanidade, honestidade, amor, depressão, felicidade ou angústia.

3ª ETAPA - TOMADA DE DECISÃO E AÇÕES DE ENFERMAGEM

Uma decisão sobre como resolver um problema ou comprovar uma hipótese depende do conhecimento pessoal e da compreensão das possíveis alternativas disponíveis em uma dada situação. Isso requer além de uma bagagem teórica, imaginação, criatividade e uma capacidade de compreensão flexível. Para tomar decisões, o enfermeiro deverá observar, desenvolver interpretações para o significado da informação, comprovar as conclusões e decidir que linha de ação seguir. As conclusões e interpretações requerem um maior discernimento, já as decisões se adotam aplicando corretamente as análises críticas encontradas em qualquer situação.

As ações consistem no que o enfermeiro fará, ou seja, colocar em prática as decisões tomadas. A ação implica em desempenho e se refere à intervenção do enfermeiro sobre o que faz e como cumpre seus objetivos. As ações incluem métodos, técnicas e formas de intervenção, assim como a própria intervenção.

4ª ETAPA - AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM

Consiste no processo de julgar, apreciar e estimar ou valorizar a qualidade e eficácia da intervenção. A avaliação ou evolução das ações de enfermagem é uma das características diferenciadas da prática da enfermagem profissional. A competência na prática de enfermagem não pode ser desenvolvida, muito menos melhorada, sem que haja uma avaliação contínua da intervenção da enfermeira.

5 OBJETIVOS / ESTRATÉGIAS / AVALIAÇÕES

5.1 Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem através da proposta de acompanhante terapêutico aos usuários do NAPS que se encontram em dificuldade de interação familiar e social, utilizando a relação Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee.

5.2 Objetivos Específicos

Objetivo 1: Conhecer o Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS.

ESTRATÉGIAS

- Visitar o NAPS para conhecer sua estrutura física, administrativa e funcional;
- participar e acompanhar as atividades oferecidas pelo serviço no período da realização do estágio; e
- fazer levantamento do material bibliográfico acerca da história do NAPS no decorrer do estágio.

AVALIAÇÃO

- Será alcançado quando obtermos informações suficientes e tivermos conhecimento a respeito do funcionamento, estrutura física e funcional da instituição.

Objetivo 2: Prestar assistência, através da proposta de acompanhante terapêutico, utilizando o Processo de Enfermagem de Travelbee, a no mínimo três usuários do serviço NAPS.

ESTRATÉGIAS

- Selecionar os usuários para acompanhamento juntamente com a equipe terapêutica e supervisora;
- priorizar a assistência aos usuários que se encontram em dificuldade de interação e re-socialização;
- verificar, junto ao usuário e familiares, a sua aceitação em receber a proposta de acompanhamento terapêutico, através do consentimento informado (Anexo C);

- realizar visitas domiciliares e acompanhar o usuário em suas atividades diárias conforme necessidade e particularidade de cada usuário;
- acompanhar o usuário nas atividades que este desenvolve no NAPS; e
- aplicar o processo de Enfermagem.

AValiação

- O objetivo será atingido se conseguirmos desenvolver as estratégias propostas através da aplicação do processo de enfermagem ao número estabelecido de usuários.

Objetivo 3: Conhecer o contexto sócio-econômico-familiar no qual os usuários acompanhados estão inseridos.

ESTRATÉGIAS

- Realizar visitas domiciliares às famílias;
- identificar as condições sócio-econômicas do indivíduo e família;
- visitar os serviços oferecidos na comunidade, como Centro Comunitário, Centro de Saúde e outros;
- identificar as lideranças do bairro; e
- identificar a rede de relações sociais do indivíduo.

AValiação

- O resultado será obtido quando através das estratégias conseguirmos as informações necessárias para conhecermos o contexto de nossos acompanhados.

Objetivo 4: Aprofundar nossos conhecimentos acerca do Acompanhamento Terapêutico e suas estratégias de atuação.

ESTRATÉGIAS

- Participar do grupo de estudo realizado no NAPS;
- realizar visitas as instituições que ofereçam este serviço; e
- obter informações, através do levantamento bibliográfico, internet e com profissionais que atuam como acompanhantes terapêuticos.

AVALIAÇÃO

- A concretização deste objetivo se dará quando, após o cumprimento das estratégias, conseguirmos aprofundar o conhecimento sobre os pressupostos teóricos que suportam as ações do acompanhamento terapêutico.

Objetivo 5: Participar de eventos que favoreçam o processo de ensino e aprendizagem na temática Psiquiatria e Saúde Mental.

ESTRATÉGIAS

- Listar e selecionar os eventos relacionados à Saúde Mental; e
- participar dos eventos selecionados, de acordo com as nossas preferências e possibilidades.

AVALIAÇÃO

- O objetivo será cumprido quando participarmos de, pelo menos, um evento.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS



Conhecer o Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS

Por considerarmos que a proposta de estágio se desenvolveu em um curto período, optamos por visitar o serviço antes do início do mesmo. Inicialmente, participamos da oficina de artes onde conhecemos alguns dos usuários e fomos convidadas a fazermos parte do grupo de estudos sobre Acompanhamento Terapêutico que estava iniciando. Começamos a frequentar o grupo de estudos no mês de julho de 2003, todas as segundas – feiras, uma vez que o tema era de interesse para o trabalho que pretendíamos desenvolver na instituição.

Ao iniciarmos nossa prática assistencial já havíamos estabelecido interação com alguns técnicos e usuários, o que facilitou nossa inserção. Durante as primeiras semanas de estágio no NAPS – Ponta do Coral, optamos por conhecer melhor o local, os demais usuários e a equipe técnica. Participamos de oficinas, destacando-se as de teatro, dança, música, mosaico, terra e cerâmica e assembléia dos usuários. Circulamos pela instituição (sala de espera, pátio...) e conversamos informalmente com os técnicos. Como nosso objetivo era interagir, não apenas observamos mas também participamos ativamente do que estava sendo realizado. Ressaltamos nosso envolvimento com a oficina de música, que nos oportunizou expor nossas habilidades pessoais através de uma apresentação de violino por uma de nós, coisa que até então não tinha experienciado. Participamos também, juntamente com os usuários, da apresentação da oficina de música na Semana da Psicologia, na UFSC, e na festa de Natal do NAPS. Avaliamos ser este mais um dos recursos na abordagem do acompanhamento terapêutico, assim como na interação com os usuários e técnicos. Para nós possibilitou a vivência de diferentes experiências e um maior envolvimento com o serviço, suas oficinas e metodologia de trabalho. Mesmo receosas, solicitamos aos técnicos a nossa participação nas oficinas, sendo, prontamente, aceito, tanto pelos técnicos como pelos usuários, sendo que estes sempre nos convidavam para que continuássemos participando.

No decorrer do estágio conhecemos a estrutura física, administrativa e pessoal do NAPS. Para a concretização deste objetivo realizamos conversas informais com os técnicos e a equipe de funcionários do serviço.

Em virtude de reformas, a instituição encontrava-se em um endereço temporário. Observamos assim, que a atual estrutura física apresentou dificuldades, algumas em virtude da falta de espaço e outras em decorrência de encontrar-se no endereço anterior, como a horta utilizada para a oficina da terra e o local para a oficina de jogos. Outra questão levantada, muitas vezes pelos próprios usuários e técnicos é a falta de espaço com árvores e verde, o que analisamos como um ponto negativo para a proposta terapêutica de convivência diária dos usuários na instituição.

A instituição atualmente é administrada por dois psicólogos, sendo um o coordenador técnico e outro o administrativo, porém, em conversa informal, os mesmos nos colocaram que não há diferenciação nas atribuições e sim nas divisões de tarefas por eles estabelecidas. Tivemos a oportunidade de presenciar a mudança na coordenação e o próprio envolvimento dos usuários neste processo.

A equipe atual do NAPS é constituída por um psiquiatra, duas enfermeiras, quatro psicólogos, uma assistente social, uma socióloga, uma educadora artística, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, dois vigilantes, dois auxiliares de limpeza e estagiários de psicologia e de administração. Destes, os profissionais de nível superior, exceto o médico, são terapeutas de referência de seis a oito usuários do serviço.

No decorrer do estágio foi possível conhecermos todos os funcionários acima descritos, já que optamos realizar nossas atividades nos períodos matutino e vespertino, alternadamente. Avaliamos como de suma importância conhecer todo o funcionamento e funcionários do serviço de ambos os períodos, o que nos acrescentou muito e possibilitou conhecermos diferentes formas de trabalho, já que cada profissional possui uma forma particular e característica em suas atitudes e visões a respeito da saúde mental.

Ao finalizarmos o estágio, concluímos que este objetivo foi concretizado, pois tivemos condições de conhecer a instituição como um todo.

- ☞ **Prestar assistência, através da proposta de acompanhante terapêutico, utilizando o Processo de Enfermagem de Travelbee, a no mínimo três usuários do serviço NAPS.**

SELEÇÃO DOS USUÁRIOS

A seleção dos usuários foi realizada juntamente com os técnicos e com o grupo de estudos. Aplicamos como critério de seleção para a realização deste tipo de atividade, o tempo limitado que tínhamos para execução do trabalho, usuários que residissem em locais próximos e o estabelecimento de empatia com os mesmos.

Após a seleção preliminar, liamos os prontuários e conversávamos com os selecionados de forma a começar a conhecê-los e estabelecer um contato mais claro.

Encontramos alguma dificuldade para selecionar os três usuários, parte por não termos clareza de que critérios devem ser considerados para este tipo de atividade; pelo tempo limitado que tínhamos para a realização do trabalho e pelas sugestões dos terapeutas, onde cada um tinha suas prioridades. Observamos a dificuldade que a própria equipe vinha apresentando para a escolha do usuário, sendo sugerido que fosse confeccionado, pelos integrantes da reunião de estudo sobre acompanhamento terapêutico, os critérios e as prioridades para a realização do acompanhamento terapêutico.

Isto denota as dificuldades desta área, principalmente, quando o foco é a pessoa e não a doença sendo que, para a última, o estabelecimento de um protocolo de conduta seria tarefa menos complexa.

Com o auxílio de nossa supervisora conseguimos fazer as escolhas que consideramos mais adequadas.

Na segunda semana, definidos os usuários, apresentamos nossa proposta de trabalho aos mesmos juntamente com seus terapeutas de referência, verificando sua aceitação para a execução da atividade. Uma vez aceito, prosseguíamos com o fechamento de um contrato, podendo ser interrompido por ambas as partes e, a marcação de uma visita domiciliar inicial para o conhecimento do contexto no qual o usuário vive, assim como o consentimento da família ou responsável.

Para nos referir as pessoas com as quais realizamos o acompanhamento terapêutico utilizaremos pseudônimos conforme abaixo apresentado.

APRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS

Inicialmente apresentaremos somente um relato sintético de dois usuários aos quais realizamos o acompanhamento terapêutico sendo que o terceiro apresentaremos também o processo de enfermagem.

Nesta apresentação utilizaremos pseudônimos.

Apresentando Vínculo

Vínculo, 34 anos, masculino, primeiro grau incompleto, aposentado, solteiro, natural de Saudades/SC, reside no morro da Penitenciária com o irmão mais novo, a cunhada e dois sobrinhos. Diagnóstico médico de Transtorno Delirante Tipo Persecutório. Utiliza, como tratamento medicamentoso, Haloperidol e Clorpromazina.

No ano de 1990, segundo *Vínculo*, um amigo mais velho que considerava como pai fugiu com um bilhete de loteria premiado que ele havia apostado. Esta era a segunda vez que ganhava na loteria, sendo que na primeira gastou todo o dinheiro. Com a perda do bilhete apresentou uma crise chegando a ver seu pai falecido contando onde estava o amigo que lhe roubou o bilhete. Internado duas vezes no Instituto de Psiquiatria de São José, frequenta o NAPS desde 17 de outubro de 2002.

Atualmente está cursando o supletivo, o qual apresenta dificuldades, especialmente, na Matemática. Ao apresentarmos a proposta do acompanhamento a *Vínculo*, o mesmo nos colocou **“então terei duas professorinhas”**. Neste momento avaliamos que nossa proposta não estava bem clara, embora nos propomos a auxiliá-lo em seus estudos.

O acompanhamento de *Vínculo* esteve voltado em especial ao auxílio em seus estudos, na medida que observamos ser esta sua necessidade prioritária no momento. Quando solicitávamos sugestões do que poderíamos realizar, em certa ocasião nos referiu que **“gostaria de ir no INCRA arranjar uma terra para plantar”**, porém percebemos que o desejo de estudar predominava, haja vista, que nos colocava com frequência a dificuldade de estudar sozinho.

Vínculo não apresenta dificuldade de relacionar-se com as pessoas. Observamos no decorrer do estágio que este participava ativamente das atividades oferecidas pelo NAPS, conseguindo interagir e se apresentava sempre comunicativo com os demais usuários, técnicos e estagiários. Quando chegávamos ao NAPS nos cumprimentava e falava como estava, sempre com seu sorriso característico nos lábios.

Utilizamos o pseudônimo *Vínculo* por considerar que o usuário acompanhado estabeleceu grande estima em especial por uma de nós, em alguns momentos o mesmo confundia com paixão, como em certa ocasião falou **“estava com saudade da Michele, da Gisele apenas como amiga, agora da Michele como sendo uma coisa a mais”**. A forma com que *Vínculo* se dirigia a uma de nós era diferenciada, dava-lhe presentes, seu jeito de olhar e falar, como nos colocou uma vez **“meu Amor, achei que não iria mais te ver antes do Natal, te ver para mim foi um presente”**.

Procuramos então, ressaltar a *Vínculo* realmente qual era nossa função e o que estávamos fazendo no NAPS, os objetivos do acompanhamento. Foi importante colocarmos ao mesmo que não éramos simplesmente amigas e sim estudantes de enfermagem a fim de desenvolver estágio na instituição. Além do que deixávamos claro que para existir uma relação entre dois seres humanos é necessário que ambos estejam de acordo.

Apresentando Dificuldade

Dificuldade, 23 anos, feminino, primeiro grau incompleto, solteira, desempregada, natural de Jequetinhonha/MG, reside na casa do irmão mais velho em Ratones. Diagnóstico médico de Transtorno Esquizoafetivo Depressivo. Faz uso de Carbamazepina e Neozine como tratamento medicamentoso.

Dificuldade é a mais nova entre doze filhos. Seu pai faleceu de infarto agudo do miocárdio e sua mãe foi assassinada na sua frente. Portadora de transtorno mental já tem passado por seis internações psiquiátricas. Reside em Florianópolis há oito anos, encaminhada do Instituto Raul Soares/BH onde teve sua primeira internação aos 18 anos.

No período dos 18 aos 21 anos recebeu pensão pela morte dos pais tendo condições de pagar uma moradia. Depois de completar 21, perdeu o direito da pensão e ficou um curto período morando com as irmãs.

Esta convivência gerou muitos problemas o que levou *Dificuldade* a abrigos para mulheres, onde também se manifestaram os problemas de relacionamento e, finalmente, as ruas. Quando é interrogada a respeito de seu passado, refere que não recorda de nada.

Juntamente com a enfermeira, sua terapeuta de referência, apresentamos a proposta de acompanhamento terapêutico e a mesma que concordou em participar do trabalho.

Inicialmente, solicitamos que nos colocasse o que gostaria de estar fazendo. Visitar lugares, fazer algo que precisasse, etc. A mesma não fez questão de dizer o que gostaria de fazer. Sugerimos algumas atividades mas não foram aceitas.

A terapeuta de referência de *Dificuldade* nos informou que esta estava em processo de receber a aposentadoria por invalidez, ao que nos propomos a acompanhá-la na perícia médica, tendo sido aceito. Propomos também a *Dificuldade* conhecer a UFSC e assistir a peça que os usuários da oficina de teatro do NAPS iriam apresentar na semana da psicologia, porém a mesma não compareceu.

Várias foram as situações que dificultaram nossa atuação. Destacamos os momentos em que a usuária nos colocava contra o irmão, como na vez que falou ao mesmo que iríamos processá-lo caso este não pagasse um lugar para ela morar e que nos referimos a ele utilizando a expressão “neguinho metido”. O irmão procurou-nos no NAPS solicitando esclarecimentos e nos ameaçando com processo.

Avaliamos que o nosso acompanhamento terapêutico com *Dificuldade* não deixou de ser eficiente, pois oportunizou o enfrentamento de nossas frustrações aceitando o fato de que nem sempre é possível realizamos assistência que pretendemos e de descobrir, na prática, que relação pessoa a pessoa só é possível quando o par envolvido, terapeuta/cliente, aceitam tal empreendimento. Foi importante para compreender a afirmação de Travelbee (1979) de que devemos aceitar o indivíduo tal como ele é.

O uso do codinome *Dificuldade* pode ser justificado pelo acima relatado.

Consideramos que, com esta usuária, não conseguimos estabelecer a Relação Pessoa a Pessoa, pois não observamos mudança de comportamento de sua parte.

Para que o objetivo fosse cumprido, realizamos uma adequação do processo de enfermagem de Travelbee ao acompanhamento terapêutico. Mencionaremos detalhadamente a

seguir o processo de *Oportunidade*, por considerar que com este usuário conseguimos realizar o acompanhamento de forma mais efetiva. Os demais se encontram em anexo. (ANEXO I)

Apresentando Oportunidade

Oportunidade, 51 anos, masculino, primeiro grau incompleto, desempregado, separado, natural de Itajaí/SC, encontra-se atualmente no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, HCTP de Florianópolis. Diagnóstico médico de Transtorno Mental Devido ao Uso de Múltiplas Drogas. Utiliza como tratamento medicamentoso Haloperidol e Amplictil.

Aos 14 anos, *Oportunidade* saiu de casa para morar em Joinville e posteriormente São Paulo para trabalhar. Casou-se aos 17 anos em Joinville onde teve três filhos. Posteriormente, arrendou uma boate juntamente com a irmã. Neste período é convidado a realizar um assalto a um cofre de uma firma, juntamente com outros donos de boates.

Por participar do furto, foi preso por aproximadamente dois anos. Relata que mais tarde foi preso com maconha.

Sua primeira crise sucedeu na rua quando quebrou a janela de um carro com pedras ao achar que o estava sendo seguido. Relata que teve uma crise na prisão e a partir deste evento foi transferido para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, HCTP onde permanece há 15 anos.

Oportunidade possui permissão para frequentar o NAPS e no momento aguarda o benefício “De Volta Para Casa”, instituído pelo atual governo, recurso que lhe possibilita pagar uma moradia.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Apresentaremos um extrato do processo de enfermagem.

Observação

Ao apresentar a proposta à *Oportunidade* percebemos que este se mostrava nervoso e confuso. Nos primeiros contatos, o mesmo estava calado, apenas falava quando nos dirigíamos a ele com perguntas. Na medida em que os dias foram passando, mostrava-se mais à vontade e comunicativo.

Observamos que *Oportunidade* apresentava-se muito desmotivado com relação à vida, nos referindo que “**não tenho vontade de viver**”, descuidado com sua aparência e higiene.

Para a realização do acompanhamento, utilizamos como critério um levantamento, juntamente com o usuário, de algo que gostaria de fazer, coerente com nossa proposta, que é de proporcionar atenção ao indivíduo conforme suas próprias necessidades. Ao efetuar o levantamento, observamos o forte desejo de *Oportunidade* de conseguir um emprego.

No decorrer do acompanhamento terapêutico notamos uma evidente dificuldade que este apresentava em procurar emprego. Ficava ansioso ao realizar entrevista e não sabia fornecer alguns dados para preenchimento de formulários.

Percebemos que o fato de residir no HCTP, era um ponto negativo para *Oportunidade*, deixando-o angustiado ao preencher o endereço na ficha de emprego.

Interpretação

O fato de *Oportunidade* se mostrar nervoso e confuso ao apresentarmos a proposta de acompanhamento terapêutico pode ser explicada pela sua dificuldade de compreensão do tema, tendo em vista que esta forma de atuação é muito recente no campo da saúde mental e, como nos coloca Maia e Pirim (1997), de difícil abordagem, sem deixar de ressaltar que no início de uma relação, as atitudes do indivíduo, segundo Resnizky e Mauer (1987), podem ser de suspeita e desconfiança.

Conforme é dado prosseguimento ao acompanhamento, as relações de confiança e segurança são adquiridas e o propósito do enfermeiro como acompanhante é alcançado por meio de uma relação pessoa a pessoa (Travelbee, 1979).

A desmotivação com relação à vida, evidenciada pela sua fala, seu modo de vestir e a barba por fazer, pode ser decorrente do próprio ambiente (HCTP) no qual se encontra internado há 15 anos.

O desejo de conseguir emprego faz com que tenha possibilidade de sair do HCTP, sendo que permanece nesta instituição apenas por não ter condições de se sustentar.

Afirmam Resnizky e Mauer (1987), que a instituição psiquiátrica é o lugar no qual se conserva devidamente confinado o diferente. Consideramos desta forma ser este um local sem

perspectiva, de alienação que marginaliza aquelas pessoas que se desviam das normas (Basaglia et al; 1978), não oferecendo à estas possibilidades de escolha.

O fato de *Oportunidade* conseguir um emprego torna-se uma meta a alcançar, caminho para o resgate da cidadania e sua inclusão na sociedade.

A dificuldade apresentada, de procurar emprego pode estar relacionada com o longo período de internação. Conforme assegura as autoras acima citadas, nos hospitais psiquiátricos o indivíduo não recebe respostas a suas necessidades, porque a instituição não tem sido programada para seu cuidado e recuperação, mas apenas para sua custódia, sendo assim um ambiente que repele o considerado doente mental, segrega-o e, deste modo, agrava sua sintomatologia.

Sua ansiedade e preocupação na utilização do endereço do HCTP como referência, pode estar relacionado ao fato de perceber o hospital como local de exclusão e de não aceitação pela sociedade e, ao informar que reside neste local, o aponta como causador de um delito e portador de transtorno mental, fato de difícil aceitação pela sociedade e, motivo para não empregá-lo.

Tomada de decisão e ações de enfermagem através do acompanhamento terapêutico

Por entendermos que a atuação do acompanhante terapêutico no NAPS estava iniciando, sendo assim algo novo para o usuário, procuramos ressaltar quais nossas funções e o que estaríamos realizando sempre oportunizando que os sentimentos do usuário fossem expressos. Quanto ao fato de se mostrar calado quando estávamos acompanhando-o, respeitávamos sua vontade, ficávamos ao seu lado sempre atentas e procurando estabelecermos vínculo e confiança.

Na tarefa de estar com o usuário levantando possibilidades de escolha e de vida, concordamos com Resnizky e Mauer (1987) quando colocam que o acompanhante deve oferecer-se como suporte, acompanhando-o em sua ansiedade, seus temores, sua desesperança e angústia. Estimular que o mesmo realize seu autocuidado, explicando a importância de fazer a barba e arrumar-se de forma adequada principalmente quando fosse procurar emprego, dentro de suas possibilidades.

Acompanhar na busca de um emprego. Para isso fomos até o Sistema Nacional de Empregos –SINE - onde preencheu a ficha cadastral. Ressaltar que nosso objetivo não seria conseguir um emprego, mas sim auxiliá-lo na busca de uma oportunidade de trabalho e mostrar

quais as dificuldades do atual sistema em relação à falta de empregos. Auxiliá-lo a enfrentar a realidade e trabalhar com frustrações.

Servir como um guia, mostrar exemplos de como preencher uma ficha cadastral, incentivar a levar os dados anotados: endereço, telefone de contato, etc., bem como os documentos necessários como forma de amenizar sua ansiedade frente à busca de emprego.

Orientar a utilizar o endereço de seu amigo³ como referência, pessoa que o acolhe, sendo esta uma alternativa para atenuar sua angústia.

Avaliação das ações

À medida que acompanhávamos *Oportunidade*, nossa relação com o mesmo alterou-se. Dirigia-se a nós contando como estava e fatos que ocorrera em sua vida. Neste momento, avaliamos que conseguimos estabelecer vínculo com o mesmo, assim como a relação pessoa a pessoa, que segundo Travelbee (1979) ocorre quando há mudança de comportamento na interação entre dois ou mais seres humanos no decorrer da assistência. No último dia de estágio *Oportunidade* solicitou que fornecêssemos nosso endereço, falando que **“eu quero o endereço de vocês para escrever, porque eu gostei muito de vocês”**, reforçando que o período em que estivemos juntos foi importante, pois proporcionamos melhores momentos em sua vida.

Ao finalizarmos nossa assistência avaliamos o quanto *Oportunidade* evoluiu, tendo em vista que participava das oficinas oferecidas pelo NAPS de forma mais efetiva, mostrava-se comunicativo, estimulado e sorridente. Nos dias que realizávamos seu acompanhamento, este se apresentava de barba feita e bem vestido. Em conversas informais com os técnicos e estagiários os mesmos nos colocaram que estavam impressionados com a mudança na forma de agir e no que *Oportunidade* vinha falando, pois contava sobre fatos ocorridos em sua vida e chegou a mencionar sobre possíveis amores.

Apesar de *Oportunidade* não ter conseguido um emprego durante o período que o acompanhamos, não sendo este nosso principal objetivo, avaliamos que o acompanhamento proporcionou o desenvolvimento de sua autonomia na busca de futuras possibilidades. Em uma de

³ Oportunidade tem um amigo que reside no Rio Tavares, local este em que trabalhou como serralheiro, e continua a freqüentar constantemente.

nossas idas ao SINE, ao preencher a ficha cadastral foi encaminhado a uma entrevista inicial, deixando-o animado e confiante. Percebemos o quanto estar empregado era importante para a sua vida, já que depende disso para sair do HCTP.

A dificuldade que apresentou foi superada no transcorrer do acompanhamento, conseguindo amenizar sua ansiedade e nos referiu que continuará tentando uma oportunidade de trabalho, que não iria desistir por já saber como prosseguir.

Ao utilizar o endereço do amigo para preencher a ficha de cadastro de empregos no SINE possibilitou que sua angústia fosse atenuada.

A utilização da palavra *Oportunidade* como pseudônimo deve-se ao fato de consideramos que ao longo do nosso acompanhamento foi possível proporcionarmos ao usuário um momento de oportunidade em que houve possibilidades de escolha, a busca de sua autonomia e o resgate de sua cidadania. Travelbee (1979) ressalta que, como resultado da relação, a pessoa amplia sua capacidade para enfrentar a realidade e para descobrir soluções práticas a seus problemas.

Como forma de avaliação da nossa assistência, sugerimos aos usuários que expressassem, através de um desenho ou por palavras, o que representou o acompanhamento. (Anexo D)

Vínculo nos desenhou em sua companhia no morro onde reside, dizendo ser este o local mais bonito de Florianópolis. Por considerar sua grande afeição por uma de nós, desenhou esta com capricho ao seu lado. Posteriormente desenhou sem fazer muita questão, a outra pintada de azul, o que reforçou o significado que cada uma de nós representávamos para ele.

Dificuldade, no primeiro momento, não quis realizar a atividade proposta. Em outra ocasião voltamos renovar a sugestão, sendo que desenhou rabiscos de várias cores, dizendo representar o paraíso. Em cada canto, desenhou um coração que significou nossa chegada ao NAPS. Com este desenho, avaliamos que, de certa forma, fomos importante para a mesma por proporcionarmos momentos de atenção.

Oportunidade preferiu escrever por dizer não saber desenhar. Escreveu no papel, em forma de carta, o relato do que havíamos realizado durante o acompanhamento e o quanto gostou de nossa companhia.

Ressaltamos que desde a elaboração da nossa proposta, não tínhamos a intenção de mudar a vida das pessoas, mas sim em nos aproximarmos da realidade destes e, juntos, buscarmos mecanismos de enfrentamentos à medida que as mais diversas situações fossem se apresentando. No entanto, cada ser acompanhado possui características únicas o que os tornam diferentes, assim, nossa assistência a cada um é sempre uma nova assistência.

Sabemos que as transformações e/ou mudanças surgiram - uma simples mudança na forma de preencher um formulário na tentativa de um emprego, refletindo em alegria expressa em seu comportamento e uma maior socialização com as pessoas. A busca pela valorização social é um fator que oferece sentido na vida das pessoas e isto ficou evidente.

Ao realizarmos a assistência aos três usuários consideramos nosso objetivo concretizado, de modo que através da aplicação do processo de enfermagem foi possível desenvolvermos e sistematizarmos nossa atuação.



Conhecer o contexto sócio-econômico-familiar no qual os usuários acompanhados estão inseridos

Ao estabelecermos contrato com os usuários, agendamos uma visita domiciliar inicial, momento este em que nos oportunizou conhecer o contexto em que os usuários vivem.

Vínculo

A visita domiciliar transcorreu após contato telefônico com o irmão. Ao chegarmos no ponto e horário combinado, *Vínculo* estava nos esperando para indicar o caminho. Sua residência localiza-se no morro da Penitenciária, município de Florianópolis/SC. Casa de madeira, com dois quartos, um banheiro e uma cozinha. Local de difícil acesso.

Na casa mora seu irmão, a cunhada e dois sobrinhos. No momento da visita todos estavam nos esperando. Uma de nós conhecia sua cunhada, o que facilitou a interação e aceitação da família.

Apresentamos a proposta de acompanhamento terapêutico para o irmão e a cunhada, que aceitaram sua realização. Durante a visita, o irmão nos falou a respeito de *Vínculo*, em especial do comportamento e relações familiares. Nos falou que “**a doença dele piorou após o incidente que**

ocorreu em sua vida". Pedimos para que ele nos colocasse o que havia ocorrido, confirmando o episódio de *Vínculo* ter ganho na loteria e gasto todo o dinheiro. Relatou ainda que, posteriormente, como de costume, *Vínculo* jogou na loteria, porém, um amigo fugiu com o bilhete, nunca ficando confirmado que o mesmo era premiado. Para *Vínculo*, o bilhete era premiado, o que causou muita decepção e tristeza em sua vida. Após esse fato, *Vínculo* continua apostando na loteria.

Com a realização da visita, avaliamos que o fato de *Vínculo* referir ter ganho na loteria pode ser verdadeiro, tendo em vista que o irmão também nos levantou esta questão. Consideramos também este ser um momento em que possibilitou conhecermos a relação amistosa e de aceitação que estabelece com seus familiares, evidenciada pela fala do irmão quando relata: **"aqui em casa nunca tivemos problemas com meu irmão; sempre nos demos muito bem"**, confirmado por *Vínculo* quando diz **"muitas vezes tenho que cuidar dos meus sobrinhos, eu gosto de cuidar deles"**.

Próximo ao local em que *Vínculo* reside, são oferecidos para a comunidade serviços de saúde e educação, como o Centro de Saúde da Agrônômica e o colégio Hilda Teodoro Teixeira, sendo este último utilizado pelo mesmo para a realização de seus estudos.

Vínculo, atualmente encontra-se aposentado por invalidez e recebe uma quantia suficiente para se sustentar. Seu irmão trabalha como pedreiro e a cunhada como faxineira. No momento está desempregada. Observamos a relação que *Vínculo* estabeleceu com o NAPS, tendo em vista que participa quase que diariamente das atividades que este serviço fornece.

Dificuldade

O irmão de *Dificuldade* reside em um sítio em Ratones. Casa de alvenaria, dois quartos, uma sala, uma cozinha e um banheiro. Seu irmão é caseiro do local onde os mesmos moram. Por apresentar dificuldades de relacionamento com o irmão, *Dificuldade* passa a maior parte do tempo na rua ou em alojamento para mulheres, retornando para a casa do irmão nos momentos de maior dificuldade. No dia em que realizamos a visita domiciliar a mesma não se encontrava. Chegamos no horário combinado, seu irmão estava bastante ansioso, pois no dia anterior havia discutido com *Dificuldade*. O mesmo nos colocou a respeito da irmã, que esta havia **"quebrado e estragado várias coisas em sua casa e por este motivo não queria mais que ela retornasse a sua**

residência". Mostrou os objetos que ela havia estragado. No decorrer da visita ele se mostrava bastante ansioso, falava muito rápido e nos colocava que deveríamos **"dar conselhos para Dificuldade"**, pedir para que ela não retornasse mais a casa dele.

Nesta visita, o que observamos foi a grande angústia do irmão e o relacionamento que ambos estabelecem. Percebemos que o irmão, mesmo com a conduta expressa por *Dificuldade*, permite a entrada desta em sua residência, relatando que tem pena de deixar a irmã fora de casa quando a mesma aparece no local, refere que nem mesmo um cachorro consegue deixar de acolher. Relatou que a irmã chegou a quebrar o vidro de um ônibus por este não parar para ela embarcar fora do ponto.

Dificuldade já morou com as irmãs que também residem em Florianópolis, porém, estas não a aceitam mais por considerarem que ela sempre causava conflitos. Não possui uma moradia fixa, quando não dorme na casa do irmão, refere passar a noite na casa de uma amiga do morro ou na rodoviária.

Dificuldade, no momento, aguarda o processo de receber aposentadoria. Desempregada, diz sempre estar a procura de serviço. Já trabalhou em várias casas, porém não permanece por muito tempo por destruir pertences dos proprietários. Nos coloca quebrar as coisas por ficar nervosa, mas diz que logo se arrepende.

Na realização de nossa assistência, percebemos que *Dificuldade* não conseguia se relacionar com as pessoas. Muitas vezes não realizava as atividades oferecidas pelo NAPS, assim como o nosso acompanhamento. Destacamos o dia em que a mesma preferiu ficar comendo o lanche fornecido na Semana da Psicologia do que se apresentar juntamente com os usuários da oficina de música.

Oportunidade

Interno no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, HCTP há 15 anos, não mantém contato com seus familiares, possuindo apenas um amigo que o acolhe desde quando trabalhou em sua serralheria. Como forma de compreendermos o contexto em que Oportunidade reside, agendamos entrevista com a Assistente Social, no HCTP. Ao chegarmos, fomos recebidas pelo agente prisional que nos acompanhou até local. Como estávamos sendo aguardadas, a

Assistente Social nos recebeu. Durante a visita, uma estagiária de serviço social nos apresentou a instituição.

Para complementar o objetivo acompanhamos *Oportunidade* até o local em que seu amigo trabalha. Ao chegarmos a serralheria fomos recebidas pelo amigo que nos colocou sua relação com *Oportunidade*, afirmando ser esta uma relação amistosa e de acolhimento. Percebemos na visita a grande afeição que possui pelo amigo, considerando ser este além do NAPS onde frequenta quase todos os dias, seu único vínculo fora do HCTP.

Oportunidade aguarda o benefício do programa “De Volta Para Casa” para poder pagar uma moradia e sair do HCTP de onde já recebeu alta. Atualmente está a procura de serviço, e para isso, recebeu nosso auxílio no transcorrer de nossa assistência.

Avaliamos que o objetivo de conhecer o contexto sócio-econômico-familiar dos usuários acompanhados foi cumprido, tendo em vista que através das estratégias, e principalmente com as visitas domiciliares conseguimos as informações necessárias.



Aprofundar nossos conhecimentos acerca do Acompanhamento Terapêutico e suas estratégias de atuação.

Para o êxito deste objetivo participamos do grupo de estudos sobre acompanhamento terapêutico realizado no NAPS, todas as segundas-feiras no período vespertino. Participaram do grupo duas enfermeiras, uma psicóloga e quatro estagiárias de psicologia. Este grupo foi de fundamental importância para a realização do nosso trabalho, servindo como guia e nos auxiliando na escolha dos usuários, assim como na execução do acompanhamento terapêutico.

Realizamos uma visita a Associação Casa Protegida Malala Maciel – ACP, Curitiba/PR. A visita foi realizada no dia cinco de dezembro, conforme contato prévio, via e-mail e telefone com o auxiliar administrativo. (Anexo E)

A Associação CASA PROTEGIDA Malala Maciel foi criada no dia 20 de janeiro de 1998, idealizada por um psicólogo, com o objetivo de atender um grupo de pais que buscavam para seus filhos, uma instituição que fosse diferente dos padrões de um hospital psiquiátrico tradicional.

O funcionamento da CASA PROTEGIDA dá-se em esquema de moradia, atendendo adolescentes e adultos com severo sofrimento psíquico e alto grau de dependência, compondo uma população quase que exclusiva de psicóticos/autistas. Dos seis ocupantes, três moram todos os dias da semana, dois permanecem de segunda a sexta e um esporadicamente. A casa oferece atendimento alternativo, oportunizando a integração social em ambiente o mais próximo possível do familiar, predominando atividades de aprendizado, recreação e lazer, com metodologia própria e atendimento integral. Seu corpo técnico é constituído por psicólogos e estudantes de psicologia.

O objetivo da instituição é proporcionar a vivência para indivíduos portadores de necessidades especiais, oportunizando estes, a busca pela capacidade de conviver com as condições do homem e do mundo, conquistando a plenitude de ser pessoa de direitos e deveres, com autonomia para essas realizações.

A CASA PROTEGIDA tem por finalidade realizar o acompanhamento terapêutico, tanto dentro quanto fora da instituição. O acompanhamento proporciona aos indivíduos visitas à residência dos familiares, acompanha em atividades festivas, em atividades culturais, médicos, dentistas, etc. O acompanhado é convidado a explorar o que existe no seu bairro, nas panificadoras, bancos, supermercados, igrejas, entre outros. Dentro da instituição, o acompanhante terapêutico treina atividades de vida diária, acompanha na culinária, na arrumação da casa, do jardim, etc. A instituição oferece oficinas (culinária, esportes, lazer, artesanatos e beleza) com objetivo de otimizar o trabalho em grupo.

Ao realizarmos a visita, percebemos que o modelo utilizado na instituição difere da nossa proposta e entendimento a respeito das funções do AT. Na nossa visão, as atividades desenvolvidas pela CASA PROTEGIDA são voltadas a assistência e ao cuidado diário e não a busca da autonomia e de inserção na sociedade e em especial na interação com seus familiares. Segundo o coordenador da instituição, os pacientes não são estimulados a retornarem as suas residências, por considerar que a família não aceitaria este retorno. A instituição é mantida pelos familiares que pagam um valor mensal significativo, sendo assim restrita à pacientes que possuem um alto padrão de vida.

Levantamento bibliográfico foi outra tarefa realizada visando a consecução deste objetivo. Utilizamos como fontes as bibliotecas, internet, e profissionais da área e instituições que

utilizam esta modalidade assistencial. Por se tratar de um assunto pouco explorado, poucas são as publicações sobre este assunto, o que gerou algumas dificuldade para nos aprofundar mais sobre a temática.

Contudo, avaliamos que este objetivo foi concretizado, considerando que no decorrer da prática assistencial tivemos possibilidade de conhecer os pressupostos teóricos que suportam estas ações, como também a aplicação, do grupo de estudo sobre Acompanhamento Terapêutico e, principalmente, pela nossa própria vivência que muito contribuiu para o entendimento desta nova alternativa de atenção aos portadores de transtorno mental.



Participar de eventos que favoreçam o processo de ensino e aprendizagem na temática Psiquiatria e Saúde Mental.

Primeiramente, selecionamos os eventos que ocorreriam no período de estágio aliado as nossas possibilidades e interesses. Optamos em participar do III Fórum Catarinense de Saúde Mental, sediado em Brusque/SC, nos dias 09 e 10 de setembro de 2003, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde. O mesmo teve como tema “Saúde Mental é Qualidade de Vida”. (Anexo F)

Neste evento foram abordados assuntos referentes às políticas públicas de saúde mental; acessibilidade e inclusão social; organização dos usuários e familiares, bem como a palestra ministrada pela psiquiatra Ana Pita, momento em que se discutiu o tema do evento.

A participação neste evento permitiu conhecermos a realidade da Saúde Mental no Estado de Santa Catarina, assim como o grau de envolvimento dos usuários e familiares nas questões políticas de saúde mental.

Avaliamos que o objetivo fora cumprido com êxito, pois além de participarmos de pelo menos um evento, nos possibilitou ampliarmos nosso conhecimento no que se refere a Saúde Mental em Santa Catarina.

7 ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO PROGRAMADAS

Visita ao Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II, Palhoça

No dia 21 de novembro de 2003, fomos visitar o CAPS II, localizado no município de Palhoça/SC, participando da Assembléia de Usuários que discutiu a criação de uma Associação de Usuários e Familiares. Avaliamos esta visita como de grande valia para nós acadêmicas. Esta visita oportunizou conhecermos outro serviço que oferece assistência na área da saúde mental, ampliar nossos conhecimentos a respeito do funcionamento e da necessidade de uma Associação de Usuários. (Anexo G)

Exposição do projeto na Semana da Psicologia

Por considerarmos importante estabelecermos relações e interações com diferentes áreas de atuação, entre os dias 17 e 21 de novembro de 2003, na Semana da Psicologia organizada pelo Centro Acadêmico Livre de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina expomos, em forma de painel, nosso projeto e realizamos uma apresentação da oficina de música do NAPS além de assistir algumas palestras ministradas.

Avaliamos nossa participação neste evento como um momento que nos oportunizou uma troca de conhecimentos com uma outra área, o que contribui de forma positiva para nosso trabalho. O fato de nos apresentarmos no coral foi um momento de grande satisfação e alegria. (Anexo H)

Grupo Autonomia

Dentre as atividades que se desenvolvem no NAPS, há o grupo Autonomia, formado pelas estagiárias de psicologia a fim de possibilitar ao usuário que este realize suas atividades de forma mais independente. Para tanto, planejou-se passeios, entre eles ida a Lagoa do Peri e Costa da Lagoa. Participamos dessa atividade que nos possibilitou perceber a grande importância e necessidade que o indivíduo tem de sair “dos muros da instituição” e entrar em contato com a sociedade. Entendemos este grupo como complemento para a atividade de Acompanhamento Terapêutico que vínhamos desenvolvendo.

Apresentação do projeto assistencial na disciplina Saúde Mental I e Enfermagem Psiquiátrica II

Durante a realização do estágio, apresentamos nosso projeto de conclusão de curso às disciplinas Saúde Mental I e Enfermagem Psiquiátrica II oferecidas pelo curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, momentos em que falamos a respeito do trabalho de acompanhamento terapêutico, esclarecemos dúvidas e enfatizamos a importância dessa forma de atenção para a Saúde Mental.

Participação na reunião de equipe

Salientamos também nossa participação na reunião mensal da equipe técnica do NAPS, momento no qual a equipe multidisciplinar fez discussões referentes aos acontecimentos mais recentes e assuntos que precisavam ser resolvidos. O acompanhamento terapêutico entrou como pauta da reunião. Apresentamos nossa proposta e comunicamos os usuários que estavam sendo acompanhados, assim como também levantamos, juntamente com os técnicos, a necessidade da elaboração e discussão dos critérios de seleção para o acompanhamento terapêutico.

Neste momento vimos como nosso trabalho estava sendo aceito e reconhecido por toda a equipe, já que se discutiu a necessidade de dar continuidade a esta forma de atuação, tendo em vista que este recurso é fundamental para muitos dos usuários que frequentam a instituição.

8 CRONOGRAMA

SETEMBRO

DATA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	LOCAL	HORA
15	INTERFASES	Auditório do Centro de Convivência	08:00 – 12:00
15	Apresentação da disciplina	Sala 917	14:00 – 17:00
16 a 30	Elaboração do Projeto	-	-

OUTUBRO

DATA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	LOCAL	HORA
01 a 02	Elaboração do Projeto	-	-
03	Entrega do Projeto	-	Até às 12:00
06	Entrevista com Banca Examinadora	Sala de Reuniões do NFR – CCS	16:00
08	Apresentação do Projeto	Sala 925 Auditório CCS	08:00 – 12:00 14:00 – 18:00
09	Fórum Catarinense de Saúde Mental	Brusque – SC	08:00 – 12:00 14:00 – 18:00
10	Fórum Catarinense de Saúde Mental	Brusque – SC	08:00 – 12:00 13:30 – 17:30
13	Período de inserção e seleção dos usuários para acompanhamento	NAPS	08:00 – 12:00

OUTUBRO (continuação)

13	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico	NAPS	16:30 – 18:00
14	Período de inserção e seleção dos usuários para acompanhamento	NAPS	08:00 – 12:00
15	Período de inserção e seleção dos usuários para acompanhamento	NAPS	08:00 – 12:00 15:30 – 17:30
16	Fórum de reestruturação curricular	Auditório do CCS	08:00 – 12:00
17 e 20	Período de inserção e seleção dos usuários para acompanhamento	NAPS	08:00 – 12:00
20	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico	NAPS	16:30 – 18:00
21	Visita Domiciliar *	-	08:00 – 12:00
22	Participação das Atividades oferecidas pelo serviço	NAPS	08:00 – 12:00
22	Visita Domiciliar	-	14:00 – 18:00
23	Visita Domiciliar	-	08:00 – 12:00
23	Participação das Atividades oferecidas pelo serviço	NAPS	13:30 – 17:30

OUTUBRO (continuação)

27	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
27	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico	NAPS	16:30 – 18:00
28	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
29	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
30	Compartilhar experiência de estágio	CCS – Sala 927	14:00 – 18:00
31	Participação das Atividades oferecidas pelo serviço	NAPS	08:00 – 12:00

NOVEMBRO

DATA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	LOCAL	HORA
03	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
03	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico	NAPS	16:30 – 18:00
04	Fórum de reestruturação curricular	Auditório do CCS	08:00 – 12:00
05 a 07	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00

NOVEMBRO (continuação)

10	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico	NAPS	16:30 – 18:00
11	Participação das Atividades oferecidas pelo serviço	NAPS	08:00 – 12:00
12 a 14	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
17	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
17	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico	NAPS	16:30 – 18:00
18	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
20	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
21	Participação das Atividades oferecidas pelo serviço	NAPS	08:00 – 12:00
24	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
24	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico	NAPS	16:30 – 18:00
25 e 26	Participação das Atividades oferecidas pelo serviço	NAPS	08:00 – 12:00
27 e 28	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00

DEZEMBRO

DATA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	LOCAL	HORA
01	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
01	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico	NAPS	16:30 – 18:00
03	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
04	Acompanhamento Terapêutico	-	08:00 – 12:00
05	Visita a instituição que oferece o acompanhamento terapêutico	Curitiba/ PR	15:00 – 17:00
08	Fórum de reestruturação curricular	Auditório do CCS	08:00 – 12:00
08	Reunião de Estudos sobre Acompanhante Terapêutico – Concluindo a temática	NAPS	16:30 – 18:00
09	Atividades no NAPS – Fechamento do estágio	NAPS31	08:00 – 12:00
10 a 13	Elaboração do Relatório	-	-

JANEIRO

DATA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	LOCAL	HORA
26 a 31	Elaboração do Relatório	-	-

FEVEREIRO

DATA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	LOCAL	HORA
01 a 05	Elaboração do Relatório	-	-
06	Entrega do Projeto à Banca Examinadora	-	Até às 12:00
09	Entrevista com Banca examinadora	Sala de reunião/NFR	16:30
11	Apresentação do Relatório	Auditório/CCS	08:00 – 12:00 14:00 – 18:00
12	Apresentação do Relatório	Auditório/CCS	14:00 – 18:00
12	Entrega do Relatório Final	-	Até às 12:00
18	Entrega do trabalho em capa dura	-	Até às 12:00

- Utilizamos esta estratégia considerando que para iniciarmos o acompanhamento terapêutico, se faz necessário primeiramente conhecermos a família e o local em que o usuário reside.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuarmos como acompanhantes terapêuticos foi um desafio, haja vista, ser esta uma prática nova, com poucas experiências e literatura que auxiliem nesta caminhada que visa, fundamentalmente, ofertar uma assistência centrada na pessoa e uma alternativa à internação psiquiátrica.

A experiência adquirida durante a construção do trabalho, fez compreendermos que, assistir o indivíduo portador de transtorno mental é trabalhar com o imprevisível onde metas estipuladas são mais uma organização dos passos, não significando que estas sejam alcançadas pelo simples fato que é um fazer com o outro, sendo que este é quem define a caminhada. Isto não significa que o acompanhante assume uma atitude passiva mas que o fazer é um fazer com, não bastando somente a habilidade e empenho do terapeuta, embora seja imprescindível. É fundamental estabelecer com o indivíduo um acordo em que ambos se comprometam, reconhecendo que nem sempre este contrato será cumprido, devido às muitas circunstâncias que possam surgir ao longo do acompanhamento, tendo como única garantia, certeza, o empenho do acompanhante, a disponibilidade deste na construção do processo.

Recursos utilizados como: observação, leitura, discussão de casos, visitas domiciliares, empatia, subsidiaram o como ajudar o outro, que às vezes não corresponderam aos nossos propósitos ou não conseguimos expô-los claramente.

Na nossa experiência como acompanhantes, percebemos que o AT no momento em que está com o usuário passa a ser seu terapeuta, e não apenas um representante do terapeuta, como nos coloca Resnizky e Mauer (1987). Enfatizamos que o indivíduo nunca deve ser percebido como uma estrutura individual e isolada, mas sim como uma estrutura familiar que, geralmente, está igualmente comprometida.

Ao refletirmos sobre nossa trajetória percebemos que, no acompanhamento terapêutico, não há como evitar vivências de ansiedade, temor e angústia. Consideramos o estágio uma experiência em que aprendemos, principalmente, a descobrir e enfrentar nossos próprios sentimentos com relação às outras pessoas, que temos como diferentes. Possibilitou reconhecermos nossas limitações e o quanto um simples gesto pode representar para um indivíduo. Avaliamos que a realização de nossa prática assistencial no campo da saúde mental

oportunizou nosso crescimento pessoal e a lidarmos com as diversas situações que se apresentarão no decorrer de nossas vidas.

A utilização da Teoria de Travelbee, como suporte possibilitou o reconhecimento de que cada ser humano possui sua individualidade, e que devem ser respeitadas, bem como entendermos que a Relação Pessoa a Pessoa tem como premissa a aceitação do indivíduo tal como ele é, de forma que nossas ações não sejam guiadas pelos juízos que fazemos do mesmo.

Nossas ações muitas vezes repercutiram em fazer a diferença naquele momento, na tentativa de fazer algum sentido e/ou significado em suas vidas. Aprendemos que o respeito às diferenças; nossa crença de que é possível conviver com “a loucura que é a vida”; crença de que a forma de olharmos o outro, sem rotulação não é uma utopia e sim um processo que pode ser construído através da relação pessoa a pessoa.

Para Basaglia (1985, p.29), “o doente mental é ‘doente’ sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo”. Acreditamos que a extinção do abandono e exclusão começa a partir de nós, no momento em que nos colocamos no “lugar do outro”, de forma a melhor compreendermos suas atitudes e considerarmos que estas pessoas apresentam problemas. Problemas estes que podem ser, se não resolvidos pelo menos amenizados com a nossa contribuição em oferecer possibilidades de ajuda, devolvendo sua capacidade de decisão e de autonomia, com o objetivo de permitir a este se sentir responsável por sua própria vida.

Laing, citado por Viganó (1999, p. 50) faz a seguinte citação:

[...] se em uma orquestra for introduzido um músico que, em vez de tocar a música, produz rumores estranhos, quando é que ele será verdadeiramente excluído da orquestra? Quando for expulso da orquestra ou quando toda a orquestra começar a, também, fazer rumores?

Esta citação nos faz refletir na forma com que o indivíduo considerado “louco” foi e continua sendo visto pela sociedade, a qual tenta eliminar toda a forma de “rumores” que perturba a manutenção das regularidades no espaço social. Para que o diferente seja aceito e incluído na sociedade é preciso haver mudanças na forma de olhar este indivíduo respeitando suas particularidades e diferenças.

Basaglia (1985) afirma ainda que se faz necessário colocar “entre parênteses” a doença para poder perceber o doente em seu caminhar, em ocupar-se do indivíduo e não de sua doença enquanto conceito psiquiátrico. O acompanhamento terapêutico é uma das estratégias que permite ao profissional de enfermagem construir este novo olhar, contribuindo com a possibilidade de assistir o indivíduo de modo diferenciado e cooperar com a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia (org.). **A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.
- AMARAL, Vera. **Artigo sobre Reforma psiquiátrica apresentado a revista psicopatologia**. 1999. www.psicopatologia.hpg.ig.com.br/creforma.htm
- AMARANTE, Paulo (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.
- ASSOCIAÇÃO CASA PROTEGIDA MALALA MACIEL – ACP. **Atividades Básicas do AT**. Disponível em <<http://www.casaprotegida.com.br/item6.html>>. Acessado em 21/09/2003.
- BARRETTO, Kleber Duarte. **Ética e Técnica do Acompanhamento Terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**, 2. ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2000.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. et al. **Razón, locura e sociedad**. Editorial Siglo XXI, México, 1978.
- CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial da Saúde Genebra. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.
- DO LAGO, M. A. **Da Marginalidade à Tolerância: Reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis), 1999.
- DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais disponível no site <psiweb.med.br>. Acesso em: 18 set. 2003.
- ESPERIDIÃO, E. **Assistência em Saúde Mental. A inserção da família na Assistência Psiquiátrica**. Revista Eletrônica de Enfermagem (on line), Goiânia, vol. 3, n.1, jan – jun, 2001. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>.
- FENILI, Rosangela Maria; Scóz, Tânia M. Xavier. **Transtornos do Humor**. Apostila da 7ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999. Mimeografado

FERREIRA, C. M. P. **Ética e Clínica: Limites Moraes do Ato Terapêutico** In **O Campo da Atenção Psicossocial**. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Cora Editora – Instituto Franco Basaglia, 1997.

GOMES, J. C. et al. **Intervenção Comunitária em Psiquiatria – Breve Abordagem**. Departamento de saúde Mental e psiquiatria do Hospital Amato Lusitano 6000 – 085 Castelo Branco – Portugal, 2000.

GREGÓRIO, V.R.P. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leininger**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis), 2002.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

KINOSHITA, Roberto T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITA, Ana (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2001.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues et al. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Convivendo com a Esquizofrenia: um guia para pacientes e familiares**. São Paulo: Lemos, 1996.

MAIA, M. S.; PRIM, M. Em Busca de uma Singularidade: Uma Proposta Clínica no Processo de Reinserção Psicossocial In **O Campo da Atenção Psicossocial**. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Cora Editora – Instituto Franco Basaglia, 1997.

MINAYO, M.C.de S, et al. **Fase exploratória da pesquisa: o desafio do conhecimento**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MS/SAS/ASTEC, Área Técnica de Saúde Mental Brasileira, 1º de outubro de 2002 (Anexo à Circular 26/02).

PEREIRA C. R; CRUZ S. R. **Criando uma ponte entre a família e o cliente usuário do programa de psicótico do CAPS através da relação pessoa pessoa**. Trabalho de conclusão para obtenção do grau de Enfermeiro do curso da graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. **Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã**. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol. 4, nº 2, p. 36 – 41, 2002. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 24 set. 2003.

RESNIZKY, S.; MAUER, S.K. **Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1987.

RODRIGUES, Jeferson. **Visita Domiciliaria em Psiquiatria**. Apostila da 7ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002. Mimeografado

ROTELLI, F; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados” In **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SERRANO, A. INDIO. **O que é Psiquiatria Alternativa**. São Paulo: Brasiliens, 1986.

SILVA, A. L.; ARRUDA, E.P. **Referências com base em diferentes paradigmas: Modalidade ou solução para a prática da enfermagem**. Revista **Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, 1993.

SPRICIGO, J. S. **Desinstitucionalização ou Desospitalização - A Aplicação do Discurso na Prática Psiquiátrica de um Serviço de Florianópolis**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

TAYLOR, Cecília Monat. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA A.; MORAIS J. **Interação familiar: uma proposta assistencial ao indivíduo\ família sofredor de transtorno mental, através da teoria Interacionista de Joyce Travelbee**. Trabalho de conclusão para obtenção do grau de Enfermeiro do curso da graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona**. Colombia: Carvajal S.A, 1979.

VIGANÓ, C. **A construção do caso clínico em saúde mental**. Curinga, Periódico da escola Brasileira de Psicanálise – MG.n.13, 1999.

ANEXOS

ANEXO A

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida

ANEXO B

LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental nº 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços

públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Ricardo José Ribeiro Berzoini

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
concordo em participar do desenvolvimento da Prática Assistencial das acadêmicas Gisele Pruner e Michele Elisa Sardá, referente à Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, possibilitando a prática de Acompanhamento Terapêutico. Permito a utilização de dados e materiais para a concretização do trabalho, no entanto poderá ser interrompida minha participação quando assim eu desejar e/ou for necessário.

Florianópolis, _____ de _____ de 2003

Assinatura da pessoa ou responsável

participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO D



Platolino
Olimo!!!

Don't know



2 Dezembro de 2023

Eu Jô da Cunha
gostei da companhia da
GISELE e da MICHELLE
fui procurar emprego com
as duas e gostei muito e
fui ~~o~~ no Rio Tavares
com as duas para visitar
~~o~~ meu amigo Nei

Jô da Cunha

ANEXO E



ASSOCIAÇÃO CASA PROTEGIDA

MALALA MACIEL

DECLARAÇÃO

Declaro, para os fins a que se fazem necessários, que **GISELE PRUNER**, portadora do **R.G. nº 3.865.884-4 - SSP SC** e **C.P.F. nº 034.481.089-52**, esteve presente nesta instituição, ACP – Associação Casa Protegida Malala Maciel, dia 05 de Dezembro de 2003, no período das 15:00h às 17:00h.

Por ser verdade, firmo a presente.

Curitiba, 05 de Dezembro de 2003.



Luiz Henrique Ramos.

C.R.P. 08/03698

Diretor

ACP – Associação Casa Protegida Malala Maciel.

C.N.P.J.: 03.059.294/0001-15

R.: São Joaquim, nº400, Jardim Botânico – C.E.P. 80210-330.

www.casaprotegida.com.br - casaprotegida@casaprotegida.com.br



ASSOCIAÇÃO CASA PROTEGIDA

MALALA MACIEL

DECLARAÇÃO

Declaro, para os fins a que se fazem necessários, que **MICHELE ELISA SARDA**, portadora do **R.G. nº 3.383.660 - SSP SC** e **C.P.F. nº 041.047.779-60**, esteve presente nesta instituição, ACP – Associação Casa Protegida Malala Maciel, dia 05 de Dezembro de 2003, no período das 15:00h às 17:00h.

Por ser verdade, firmo a presente.

Curitiba, 05 de Dezembro de 2003.



Luiz Henrique Ramos.
C.R.P. 08/03698
Diretor

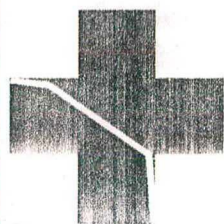
ANEXO F

CERTIFICADO

3º Fórum Catarinense Saúde Mental Brusque

Certificamos que Gisele Pruner
Participou 3º FÓRUM CATARINENSE DE SAÚDE MENTAL - BRUSQUE
No período de 09/10a 10/10/03, com duração de 16 hs.

Brusque, 10 de OUTUBRO de 2003 .



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



BRUSQUE - SC


Sandra Lucia Vitorino
Secr. Ex. do Fórum Catarinense


Dr. Celso Carlos Emydio da Silva
Secretário Municipal de Saúde

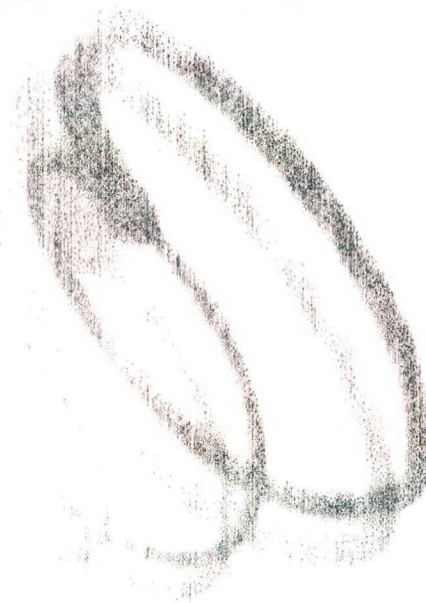

Dr. Antônio Carlos Cruz Corvo
Coordenador CAPs

CERTIFICADO

3º

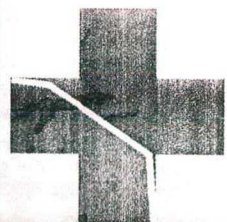
Santa Amélia

Brusque



Certificamos que Michele Elisa Sarda
Participou 3º FÓRUM CATARINENSE DE SAÚDE MENTAL - BRUSQUE
No período de 09/10a 10/10/03, com duração de 16 hs.

Brusque, 10 de OUTUBRO de 2003 .



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



BRUSQUE - SC


Sandra Lucia Vitorino
Secr. Ex. do Forum Catarinense
de Saúde Mental


Dr. Celso Carlos Emydio da Silva
Secretário Municipal de Saúde


Dr. Antônio Carlos Cruz Corvo
Coordenador CAPs

ANEXO G

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PALHOÇA
SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II

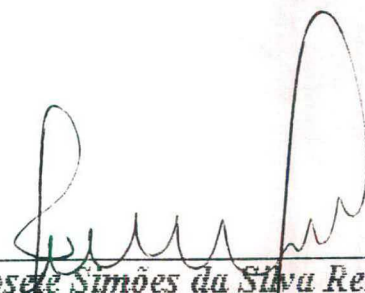
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Gisele Pruner participou da reunião da Associação dos Usuários do CAPS II, bem como realizou visita neste serviço de Saúde Mental no dia 21 de novembro de 2003.

Sendo o que tínhamos para informar no momento.

Atenciosamente,

Palhoça, 21 de novembro de 2003.



Josele Simões da Silva Reis
Enfermeira do Caps II
COREN-89903

Rua Amaro Ferreira de Macedo, S/Nº - Centro – Palhoça
CEP: 88.130-280 – Fone: (48) 242 2480

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PALHOÇA
SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II

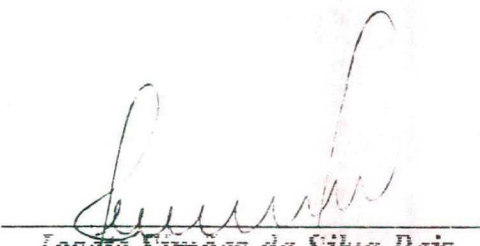
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que *Michele Elisa Sardá* participou da reunião da Associação dos Usuários do CAPS II, bem como realizou visita neste serviço de Saúde Mental no dia 21 de novembro de 2003.

Sendo o que tínhamos para informar no momento.

Atenciosamente,

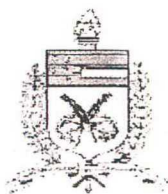
Palhoça, 21 de novembro de 2003.



Josete Simões da Silva Reis
Enfermeira do Caps II
COREN-89903

Rua Amaro Ferreira de Macedo, S/Nº - Centro – Palhoça
CEP: 88.130-280 – Fone: (48) 242 2480

ANEXO H



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

CERTIFICADO

Certificamos para os devidos fins que as alunas **GISELE PRUNER** e **MICHELE ELISA SARDA**, participaram da SEMANA DA PSICOLOGIA – “INTERFACES ENTRE PSICOLOGIA E OUTRAS ÁREAS DO CONHECIMENTO: DIÁLOGOS POSSÍVEIS”. LOCAL: Centro de Filosofia e Ciências Humanas. ORGANIZAÇÃO: Comissão da Semana da Psicologia, Centro Acadêmico Livre de Psicologia e Departamento de Psicologia. DATA: de 17 A 21 DE NOVEMBRO DE 2003.

APRESENTAÇÃO DE PAINEL:

Título: “Atuação do enfermeiro como acompanhante terapêutico: Uma proposta assistencial aos portadores de transtorno mental, fundamentada na teoria de Joyce Travelbee”.

Autores: Gisele Pruner

Michele Elisa Sarda

Florianópolis, 30 de janeiro de 2004

Assinatura manuscrita de Prof. Dr. Carlos Augusto M. Remor.

Prof. Dr. Carlos Augusto M. Remor
Subchefe do Departamento de Psicologia
PSI/CFH/UFSC

ANEXO I
PROCESSOS DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE VÍNCULO

Observação

Ao apresentarmos o acompanhamento terapêutico, percebemos que Vínculo mostrou-se entusiasmado com a proposta, porém não compreendeu quais eram nossos objetivos, pois nos colocou **“então terei duas professorinhas”**.

Observamos também que com esta fala expôs seu interesse em estarmos acompanhando-o nos estudos de Matemática onde, com frequência nos colocava a dificuldade que é estudar sozinho.

No decorrer da nossa assistência, percebemos que o usuário estabeleceu grande estima, em especial por uma de nós, em alguns momentos o mesmo confundia com paixão, como em certa ocasião falou **“estava com saudade da Michele, da Gisele apenas como amiga, agora da Michele como sendo uma coisa a mais”**. A forma com que Vínculo se dirigia a uma de nós, seu jeito de olhar e falar era diferenciado, dava-lhe presentes para demonstrar sua afeição.

Interpretação

O fato de Vínculo não compreender nossas função e objetivos deve-se, talvez, de que o trabalho de acompanhante terapêutico ter uma curta história, como afirmam Resnizky e Mauer (1987), e ressaltar que esta estratégia iniciou-se recentemente no NAPS, e Vínculo foi um dos primeiros a receber esta atenção diferenciada, sendo desta forma compreensível que haja dificuldade de entendimento.

O interesse nos estudos e a dificuldade relatada por Vínculo de não conseguir estudar sozinho, podem ser explicados pelo fato de estar um longo período sem frequentar escolas e por apresentar dificuldade em concentrar-se, especialmente, nos cálculos matemáticos.

O sentimento que Vínculo demonstrou por uma de nós, pode ser explicado, provavelmente, levando-se em consideração o fato de estar sozinho, carente e que, como qualquer outro indivíduo, possui desejos e vontades, podendo muitas vezes se apaixonar e sentir atração por outra pessoa. A expressão **“é bom ter umas amigas”**. pode estar indicando o atendimento de necessidades sentidas por Vínculo, qual seja, as necessidades

Gregária, Estima e Aceitação. Aspecto que merece atenção especial quanto aos sentimentos do outro é quando estes passam a delinear a forma de relacionamento com o terapeuta. Nestes casos, o terapeuta deve discutir a situação com a equipe.

Desta forma, passamos a perceber o indivíduo em sua totalidade, e não através de sua doença que reduz o sujeito do direito a uma doença objetivada, na qual todas as manifestações do mesmo, seus gestos, falas, desejos e respostas passam a ser percebidas como manifestações da doença, sendo desta forma negado a sua subjetividade (Spricigo, 2001). Compreendermos que podemos despertar sentimentos no outro é parte deste tipo de ação na qual nos propomos a estabelecer uma relação pessoa a pessoa.

Tomada de decisão e ações de enfermagem através do acompanhamento terapêutico

- Compreender a dificuldade de entendimento acerca do acompanhamento terapêutico. Explicar a Vínculo o nosso papel e o que estávamos fazendo no NAPS, os objetivos do acompanhamento. Esclarecer a Vínculo, tantas vezes quantas forem necessárias, a nossa verdadeira função, com o cuidado em não caracterizar seus sentimentos como sendo sentimentos que o desqualifique.
- Foi importante colocarmos ao mesmo que não éramos simplesmente amigas e sim estudantes de enfermagem desenvolvendo uma tarefa necessária para a nossa formação como enfermeiro. Além do que deixamos claro que, para existir uma relação entre dois seres humanos é necessário que ambos estejam de acordo.
- Auxiliar Vínculo em seus estudos, tendo em vista ser este um desejo verbalizado muitas vezes, com isto, ajudando-o a constituir-se como sujeito da sua existência.

Avaliação das ações

- Durante a assistência prestada procuramos sempre enfatizar nossos objetivos, porém, avaliamos que Vínculo pode ter não compreendido nossa verdadeira função, como em certas ocasiões quando falava que **“é bom ter umas amigas”**. Percebemos, desta forma, que o papel do acompanhante terapêutico é de difícil compreensão, e a abordagem utilizada para esclarecer o indivíduo acerca deste, deve ser levada em consideração e bem trabalhada.

- Avaliamos que conseguimos auxiliar em seus estudos pois Vínculo teve condições de estudar sozinho e levar a frente o supletivo.

PROCESSO DE DIFICULDADE

Observação

Ao apresentarmos a proposta, Dificuldade aceitou participar porém, observamos que a mesma não demonstrou motivação. Permaneceu calada, sem fazer questionamentos, parecendo não entender nossos objetivos, apesar de verbalizar que havia compreendido.

Em um primeiro momento, solicitamos que nos colocasse o que gostaria de fazer. Visitar lugares, fazer algo que precisa e/ou tem vontade, etc. Percebemos que não fez questão de dizer o que gostaria. Tentávamos dar sugestões, mas todas não eram aceitas.

Durante a busca de informações sobre Dificuldade, através do prontuário e informalmente com os técnicos, percebemos que a mesma precisava dar continuidade no processo para receber sua aposentadoria. Observamos que, para a realização deste, Dificuldade não tomava a iniciativa chegando a dizer **“não sei se vou querer mais ir atrás, isso demora muito”**.

No decorrer do seu acompanhamento, observamos que nos colocou contra o irmão, afirmando ser este um bêbado e mentiroso. Assim como percebemos que a mesma o ameaçava dizendo que nós iríamos processá-lo e que havíamos lhe chamado de “neguinho metido”. Desta forma, notamos a forma com que Dificuldade se relacionava com as pessoas e em especial com a família, ressaltando a relação conflituosa com o irmão.

Interpretação

Dificuldade permaneceu calada e sem demonstrar motivação com relação ao acompanhamento, pode estar relacionado com o não entendimento da nossa proposta, ou por não ter interesse em realizar nenhuma atividade no momento.

O fato de Dificuldade não sugerir o que poderíamos estar realizando durante o acompanhamento, e não aceitar nossas propostas, pode ser explicado, por esta considerar

não ter nenhuma atividade que seja de seu interesse no momento, ou por não conseguir expressar o que realmente desejaria fazer.

Por considerar que o processo de aposentadoria é demorado, provavelmente, Dificuldade sentiu-se desesperançosa por considerar que não adiantaria prosseguir com o processo, tendo em vista que não acreditava que teria um resultado positivo.

Percebemos que Dificuldade não conseguia interagir com as pessoas, em especial com seus familiares. Procurava de alguma forma, relacionar suas atitudes com sua “doença”, de forma a justificar suas atitudes.

Tomada de decisão e ações de enfermagem através do acompanhamento terapêutico

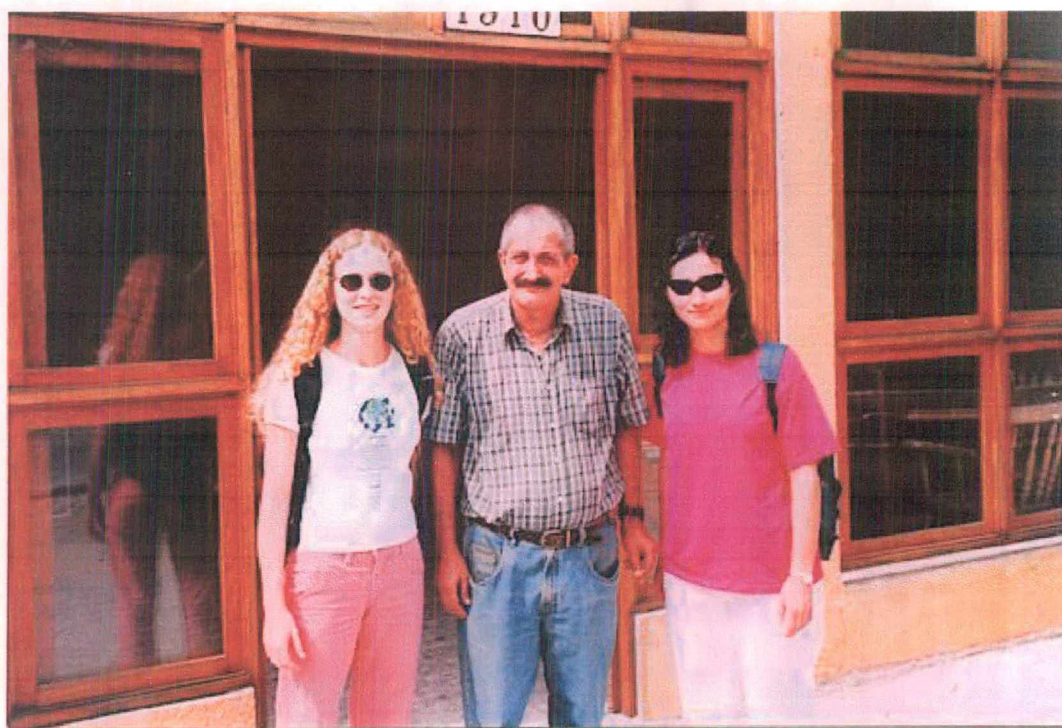
- Perceber se a usuária realmente compreendeu nossa proposta. Sempre esclarecendo e colocando nossos objetivos. Na realização da assistência, procuramos enfatizar nossas funções, assim com compreender o fato de não querer fazer questionamentos e muitas vezes não falar.
- Levantar juntamente com Dificuldade seus desejos e sugerir atividades que possam ser de seu interesse.
- Acompanhar no processo de aposentadoria. Estimular e ressaltar a importância de dar continuidade no processo. Acompanhamos Dificuldade na perícia médica proporcionando auxílio e enfatizando para a mesma que, com a aposentadoria teria condições de pagar uma moradia e de se sustentar.
- Procurar esclarecer sempre nossas intenções, tanto para Dificuldade quanto para o irmão. Deixar com que o irmão esclareça suas dúvidas e nos coloque seus sentimentos e ansiedade.

Avaliação das ações

- Ao longo do acompanhamento, percebemos que Dificuldade não manifestou interesse na proposta, muito menos em compreender nossos objetivos. Isto deixou claro que não conseguimos estabelecer uma Relação Pessoa a Pessoa com a mesma, por não percebemos mudança em seu comportamento, considerando que talvez a mudança tenha ocorrido, porém não perceptível para nós.

- Avaliamos que o acompanhamento, neste momento, não era de seu interesse, haja vista que em momento algum a mesma sugeriu o que poderíamos realizar, mesmo ao solicitarmos suas sugestões. Para nós, não ficou evidente os desejos e necessidades de Dificuldade, uma vez que esta se contradizia em suas atitudes e palavras. Consideramos que seria necessário, talvez, um tempo maior para a realização de seu acompanhamento terapêutico, tendo em vista que o período em que estivemos com Dificuldade não foi suficiente para compreender suas necessidades e estabelecer uma Relação Pessoa a Pessoa. Devemos considerar também o fato da nossa pouca experiência.
- Consideramos importante de continuar persistindo com o processo de aposentadoria, que este uma conquista para a usuária, tendo em vista que a mesma não dispõe de nenhuma fonte de renda.
- No decorrer da assistência tivemos que esclarecer várias vezes ao irmão nossas intenções e objetivos. Avaliamos que o mesmo não possuía segurança e por mais que conversávamos com ele, desconfiava sempre das palavras da irmã e voltava a pedir nossos esclarecimentos pois sempre tinha dúvida a respeito do que Dificuldade dizia sobre nós.

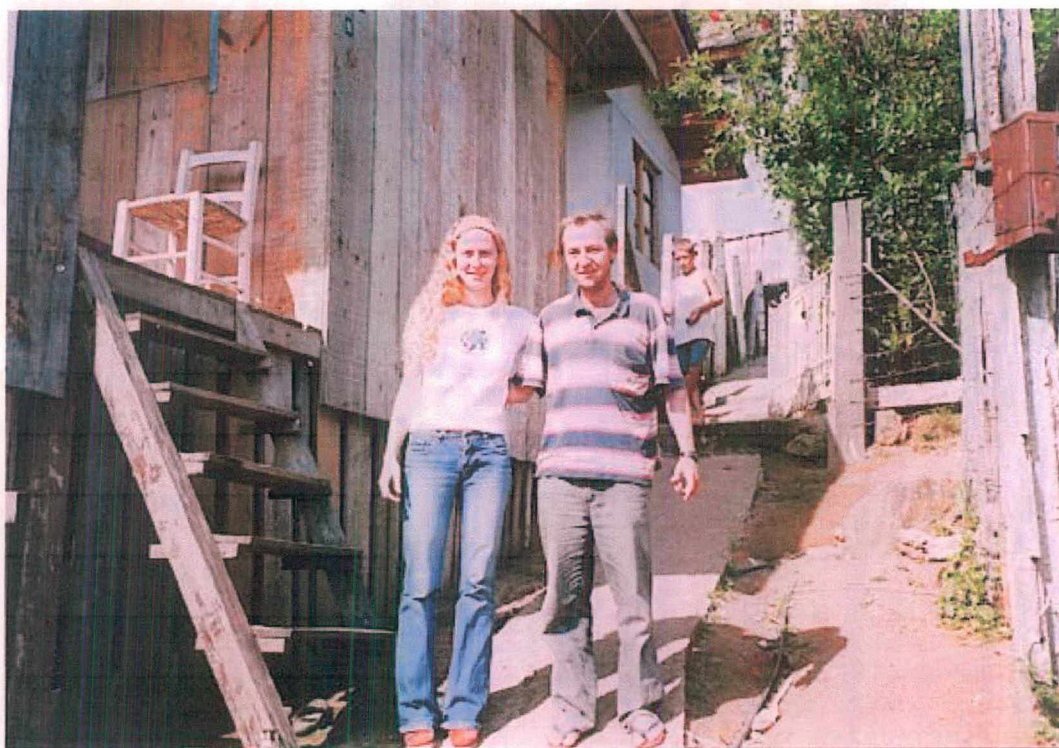
ANEXO J
FOTOS



OPORTUNIDADE



DIFICULDADE



VÍNCULO





EQUIPE TÉCNICA





APRESENTAÇÃO OFICINA DE MÚSICA NA FESTA DO NAPS



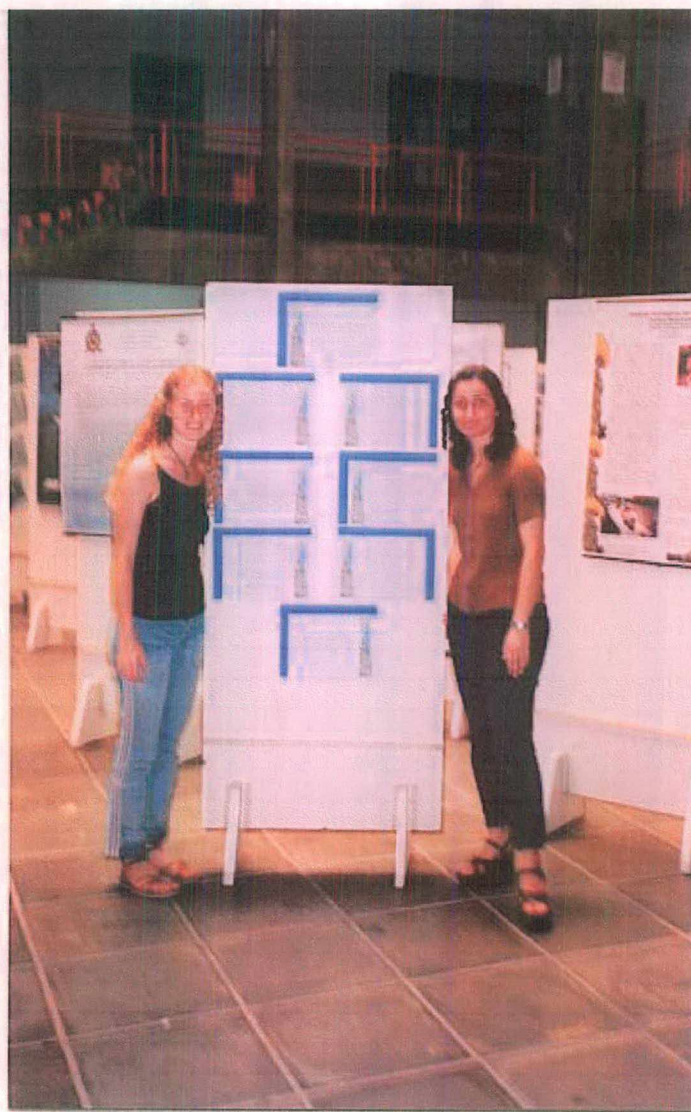
FESTA DE NATAL DO NAPS



OFICINA DE MÚSICA NA SEMANA DA PSICOLOGIA – UFSC



OFICINA DE TEATRO NA SEMANA DA PSICOLOGIA – UFSC



APRESENTAÇÃO DO TRABALHO NA SEMANA DA PSICOLOGIA – UFSC

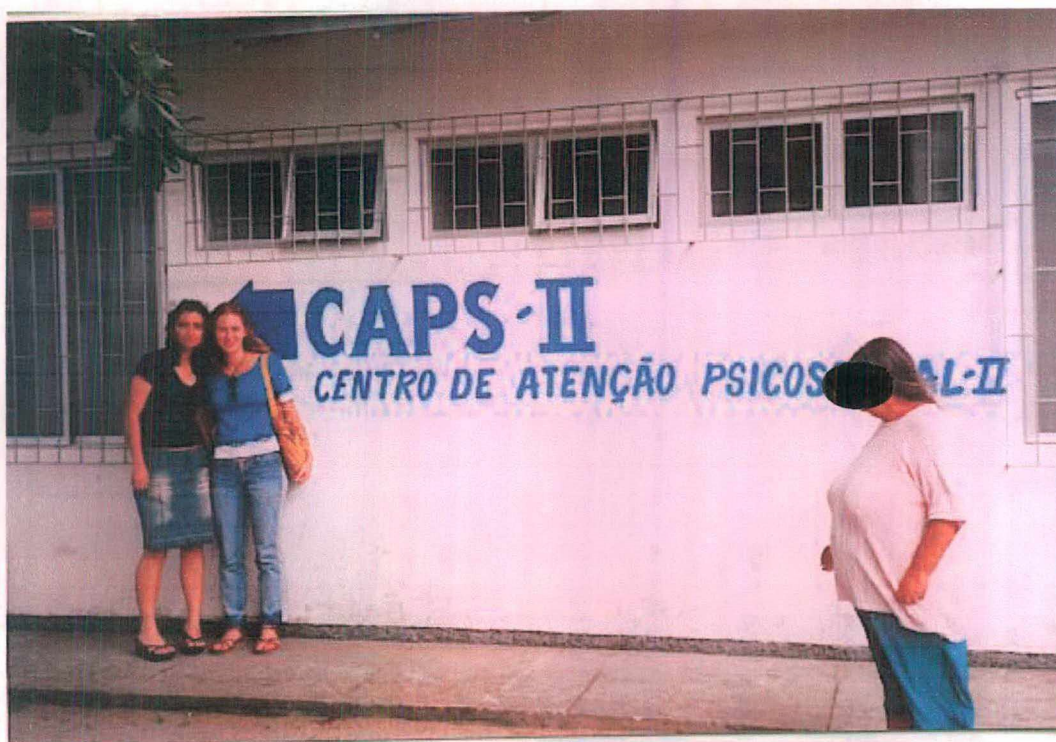


III FÓRUM CATARINENSE DE SAÚDE MENTAL – BRUSQUE/SC



**VISITA Á ASSOCIAÇÃO CASA PROTEGIDA MALALA MACIEL –
CURITIBA/PR**





VISITA AO CAPS – PALHOÇA/SC



GRUPO AUTONOMIA NA LAGOA DO PERI



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente relatório apresenta a trajetória da execução do projeto "Atendimento do enfermeiro como acompanhante terapêutico", no qual as acadêmicas, Michele e Giselle descrevem suas ações, dificuldades, dúvidas e alegrias. Enfatizando o Acompanhamento Terapêutico, prática ainda pouco utilizada, as acadêmicas demonstram habilidade e empenho na concretização dos objetivos propostos, guiando-se pelos princípios teóricos e metodologia escolhida. Apresentam, com riqueza de detalhes, as situações com as quais se depararam, as iniciativas tomadas e os resultados alcançados. Escrito de forma objetiva, oferece ao leitor, mesmo os não familiarizados no assunto, uma visão da assistência prestada, questionamentos e dúvidas que enriquecem o relatório, contribuindo para a construção de novos conhecimentos e práticas inovadoras no campo da assistência à pessoa com transtorno mental. Flóris 16/02/04